

RESEARCH OUTPUTS / RÉSULTATS DE RECHERCHE

International review van good practices om werkgerelateerde psychische aandoeningen te voorkomen

Flohimont, Valerie; Godderis, Lode; Peeters, Caroline; Bakusic, Jelena; Vandenbroeck, Sofie; Walravens, Fabienne; Colsohl, Gerda

Publication date:
2020

Document Version
le PDF de l'éditeur

[Link to publication](#)

Citation for published version (HARVARD):

Flohimont, V, Godderis, L, Peeters, C, Bakusic, J, Vandenbroeck, S, Walravens, F & Colsohl, G 2020, *International review van good practices om werkgerelateerde psychische aandoeningen te voorkomen*.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

INTERNATIONAL REVIEW VAN *GOOD PRACTICES* OM WERKGERELATEERDE PSYCHISCHE AANDOENINGEN TE VOORKOMEN

Prof. Valérie Flohimont en Prof. Lode Godderis (dir.)

Jelena Bakusic

Caroline Peeters

Dr. Sofie Vandenbroeck

met de medewerking van Fabienne Walravens en Gerda Colsoul

Februari 2020

Inhoudstafel

Inleiding.....	1
Hoofdstuk 1. Methodologie	4
1. Achtergrond	4
2. Ontwikkeling van het interviewprotocol	6
3. Interviews	6
4. Data-analyse	7
Hoofdstuk 2. Frankrijk	8
1. Ontwikkeling van de aanpak	8
2. Juridisch kader	9
3. Bevorderingsfactoren van de aanpak	11
4. Belemmeringsfactoren van de aanpak	11
Hoofdstuk 3. Nederland	13
1. Ontwikkeling van de aanpak	13
2. Data-analyse	14
3. Bevorderingsfactoren van de aanpak	14
4. Belemmeringsfactoren van de aanpak	15
Hoofdstuk 4. Oostenrijk	16
1. Ontwikkeling van de aanpak	16
2. Juridisch kader	16
3. Gegevensverzameling.....	16
4. Datakwaliteit.....	17
5. Gebruik van gegevens.....	17
6. Bevorderingsfactoren van de aanpak	18
7. Belemmeringsfactoren van de aanpak	18
8. Rol van opleiding bij het voorkomen van burn-out	18
Hoofdstuk 5. Denemarken	19
1. BALANCE-project.....	19
2. EARLY INTERVENTION-project.....	20
Hoofdstuk 6. Quebec (Canada)	23
1. Ontwikkeling van de aanpak	23
2. Kwaliteit van de gegevens.....	24
3. Kwaliteit van de resultaten en van de analyses	25
4. Bevorderingsfactoren van de aanpak	26

5. Belemmeringsfactoren van de aanpak	26
6. Aandachtspunten bij het opzetten van de aanpak	26
7. Opvolging	27
8. Overdraagbaarheid van de tool	27
Hoofdstuk 7. Conclusies en Aanbevelingen	28
Bibliografie	32
Bijlage 1 – Figuur 1. Overzicht van de beschreven benaderingen met betrekking tot het preventieniveau (1°primair, 2°secundair of 3°tertiair), interventieniveau (beleid, professioneel, privé, medisch) en doelpopulatie (individuele werknemers, specifieke groepen werknemers, organisatie - geïllustreerd met symbolen).....	35
Bijlage 2 - Tabel 1. Overzicht van contactpersonen	36
Bijlage 3 - Tabel 2. Vergelijkingstabel	38

Inleiding

Arbeidsgerelateerde risico's kunnen zowel de psychische als de fysieke gezondheid negatief beïnvloeden, met een directe negatieve impact op professionele prestaties en bijgevolg ook op de maatschappij.

De laatste jaren neemt de gepercipieerde werkdruk in de meeste Europese landen toe, wat deels de toename van werkgerelateerde psychische aandoeningen verklaart alsook de toegenomen langdurige afwezigheid op het werk en het vervroegd uittreden via pensioenen wegens psychische aandoeningen (European Framework for Action on Mental Health and Well-being, 2016).

In lijn met de beschikbare evidentie benadrukt de OESO (OECD, 2012) dat, hoewel het herintegreren van werkers met zware psychische gezondheidsproblemen een belangrijk aandachtspunt is, er veel argumenten zijn om, in het beleid, meer nadruk te leggen op het voorkomen van psychische stoornissen, d.i. meer naar een preventief beleid te gaan dan enkel te investeren in louter reactieve strategieën. De werkvloer is ideaal om zulke preventieve acties in te voeren, enerzijds omdat mensen daar minstens één derde van hun levenstijd doorbrengen, anderzijds omdat de werkgever wettelijk¹ verplicht is om preventieve maatregelen te nemen.

Verlengde blootstelling aan stress kan aanleiding geven tot verschillende psychische gezondheidsproblemen (WHO, 2010). In de kaderovereenkomst over werkgerelateerde stress (European Social Partners, 2004) wordt stress gedefinieerd als “een toestand vergezeld van fysieke, fysiologische of sociale klachten of disfuncties en die voortvloeit uit het feit dat individuen zich niet in staat voelen om een kloof te overbruggen tussen de vereisten en de verwachtingen die men aan hen oplegt”². De enquête ESENER (EU-OSHA, 2010, 2015) toonde aan dat werkgerelateerde stress één van de grootste bezorgdheden is in 80% van de ondernemingen binnen de EU. Tegelijkertijd hebben minder dan 30% van de organisaties in Europa procedures om met werk gerelateerde stress om te gaan.

Recente data illustreren de toenemende last van werkgerelateerde stress zowel in Europa als in België. Volgens de 5^{de} Europese enquête m.b.t. de arbeidsvoorwaarden (Eurofound, 2010), is 25% van de Europeanen overtuigd dat hun gezondheid op het spel staat door werkgerelateerde stress. De resultaten van de Vlaamse Werkbaarheidsmonitor (2016) tonen aan dat 65,8% van de werknemers tot de niet-problematische categorie voor psychische vermoeidheid behoren, 34,2% tot de problematische categorie en 12,3% tot de acuut problematische categorie. Dit is een significante toename van de (acuut) problematische groep in vergelijking met 2013 (met respectievelijk 70,7%, 29,3% en 9,6%) en met de nulmeting in 2004 (respectievelijk 71,1%, 28,9% en 10,2%).

Voor welbevinden op het werk behoort in 2016 80,2% van de werknemers tot de niet-problematische categorie, 19,8% tot de problematische categorie en 8,5% tot de acuut problematische categorie. Ook

¹ Wet 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk, BS 18 september 1996.

² Europese kaderovereenkomst over stress op het werk, 8 oktober 2004, p. 2, https://www.etuc.org/sites/default/files/ETUC_stress_agreement_NL-2_1.pdf.

hier gaat het om een significante toename in vergelijking met 2013 (respectievelijk 81,9%, 18,1% en 8,1%).

De 6^{de} Europese enquête m.b.t. de arbeidsvoorwaarden toont dat het algemeen gemiddelde van de welzijnsscore voor werkers in de Europese Unie (EU28) 69% bedraagt, in vergelijking met 66% in 2010 (gemeten met de WHO-5 Well-being Index). Globaal komt in deze enquête aan het licht dat 6% van de werkers een score behalen die erop wijst dat ze een risico lopen op psychologische gezondheidsproblemen en dat 26% van de werkers denken dat hun gezondheid negatief beïnvloed wordt door hun werk (Eurofound, 2015). 27% van de werkers waren afwezig wegens gezondheidsproblemen voor 5 of meer dagen in de 12 maanden voor deze enquête.³

Werknemers die afwezig zijn omwille van psychische gezondheidsproblemen hebben een hoger risico op langdurige arbeidsongeschiktheid. Het aantal langdurig afwezigen onder werknemers die lijden aan werkgerelateerde stress bedraagt 14,8%, terwijl het aantal langdurig afwezigheden met niet-mentale gezondheidsproblemen 7,2% bedroeg.⁴

Daarnaast heeft volgens een recent onderzoek dat uitgevoerd werd in de research groep Werk, Organisatie en Personeelspsychologie aan de KU Leuven⁵ meer dan 7% van de werkende bevolking in Vlaanderen burn-out klachten, terwijl 9% ervan zich in de “hoge risicozone” bevindt om burn-out te ontwikkelen.

Rekening houdend met de omvang van het probleem in de Europese Unie en meer bepaald in België, wordt deze studie uitgevoerd op vraag van Möbius en de FOD Sociale zekerheid in het kader van het project “geïntegreerd en gecoördineerd preventiebeleid inzake werkgerelateerde psychische aandoeningen”. Ze moet toelaten verschillende goedwerkende methodes met betrekking tot de preventie van werkgerelateerde psychische aandoeningen, waaronder burn-out, in 5 verschillende landen te identificeren en te beschrijven. **De bedoeling is een bondige inventaris te maken van methodes die gebruikt of uitgetest worden in andere landen.** In principe wordt elke good practice beschreven op basis van interviews met 3 verschillende partijen per land/systeem: de eigenaar van het systeem, de gebruikers van het systeem en een onderzoeker of andere belanghebbende van het systeem, tenzij uit de verzamelde gegevens bleek dat twee interviews volstonden of dat een vierde interview nuttig was.

Dit **onderzoeksverslag** bestaat uit een beschrijving van de gebruikte methodologie, een korte beschrijving van de verschillende bestudeerde systemen en een samenvatting in tabelvorm die de verschillende systemen onderling vergelijkt (zie bijlage 3). Bovendien wordt er in figuur 1 (zie bijlage 1) verwezen naar het geïntegreerd raamwerk voor preventie van werkgerelateerde psychische aandoeningen. Het rapport eindigt met een algemene conclusie en aanbevelingen voor de beleidsmakers. Hier dient de aandacht van de lezer duidelijk te worden gevestigd op het feit dat het gaat om aanbevelingen in verband met **uiteenlopende buitenlandse good practices in de verschillende preventieniveaus** (primaire, secundaire en tertiaire preventie). Het gaat alleszins niet om aanbevelingen inzake een of ander globaal en geïntegreerd beleid, daar België op dat vlak een

³ *EU Compass for action on mental health and well-being 2017 “Mental health in the workplace in Europe”*

⁴ Werkbaarheidsmonitor NV, Janssens F. Informatiedossier. 2004.

⁵ Schaufeli, W.B., De Witte, H., and Desart, S. 2019. Handleiding Burn-out Assessment Tool (BAT). KU Leuven, België: Intern rapport.

koploper is dankzij zijn project “geïntegreerd en gecoördineerd preventiebeleid inzake werkgerelateerde psychische aandoeningen” dat de laatste twee jaar werd uitgewerkt.

Hoofdstuk 1. Methodologie

1. Achtergrond

Op basis van een aantal criteria die vooraf werden bepaald, werden vijf landen geselecteerd om deel te nemen aan het kwalitatief onderzoek, o.a. via interviews. Het gaat om Nederland, Oostenrijk, Denemarken, Frankrijk en Canada (meer specifiek, Quebec).

De vooraf bepaalde selectiecriteria⁶ zijn de volgende:

- Benaderingen en aanpak die bijzonder uitgebreide en/of innovatieve functies tonen en lang genoeg bestaan om aan te tonen hoe gegevens in de praktijk kunnen worden gebruikt;
- Benaderingen met betrekking tot kwesties die bij andere benaderingen aan het licht zijn gekomen;
- Praktijken met een toegevoegde waarde voor België;
- Voorbeelden die handig zijn als leidraad voor werkplekpreventie;
- Benaderingen uit verschillende EU-lidstaten;
- Benaderingen met uiteenlopende doelen (primaire versus secundaire preventie; preventie gericht op individuele werknemers versus organisatieniveau, enz.);
- Niet-EU-landen zoals Canada (meer bepaald, Quebec) worden ook in overweging genomen;⁷
- Vergelijkbare contexten met België om een toe-eigening of de toepassing van de beste praktijken mogelijk te maken.

Het onderzoeksteam identificeerde eerst landen die in aanmerking kwamen en daarna relevante contactpersonen in die landen binnen de internationale netwerken in combinatie met de persoonlijke netwerken van de projectteamleden.

Die contactpersonen werden gevraagd een lijst met potentiële betrokken actoren voor te stellen. De lijst van betrokken actoren werd telkens in consensus met alle projectteamleden opgemaakt. Per land (systeem/aanpak) heeft het onderzoeksteam drie verschillende betrokken personen weerhouden:

1. Eigenaar: een expert die betrokken is bij de ontwikkeling en implementatie van de aanpak;
2. Actor op de werkplek: een expert die de aanpak in de praktijk toepast;
3. Onderzoeker of andere stakeholder: een expert die de gegevens uit die aanpak gebruikt en analyseert.

De landen die uiteindelijk voor het onderzoek weerhouden werden, zijn:

Landen	Voornaamste redenen
Frankrijk	<ul style="list-style-type: none"> - Gelijkaardig juridisch kader - Vergelijkbare context - Buurland (EU) - Collectieve primaire preventie - Individuele tertiaire preventie/vergoeding - M.b.t. beleids-, beroeps- en privésfeer

⁶ Zoals vermeld in het onderzoeksproject.

⁷ Gezien de overdraagbaarheid en de vergelijkbaarheid van die regio's met België.

Nederland	<ul style="list-style-type: none"> - Historische nabijheid - Buurland (EU) - Afwijkende aanpak - Primaire preventie
Oostenrijk	<ul style="list-style-type: none"> - EU-land - Medische benadering - Individuele secundaire preventie - Afwijkende aanpak en financiering
Denemarken	<ul style="list-style-type: none"> - EU-land - Relevante doelgroep - Meerdere preventieniveaus - Individuele en collectieve benadering (groeps- en organisatieniveau)
Canada (Quebec)	<ul style="list-style-type: none"> - Benadering met uitgebreide functies - Grote schaalbenadering - Primaire en secundaire preventie - Overdraagbaarheid van de tool - Onmiddellijke toepasbaarheid van de tool



Figuur 1. Overzicht van de beschreven benaderingen met betrekking tot het preventieniveau (1°primair, 2°secundair of 3°tertiar), interventieniveau (beleid, professioneel, privé, medisch) en doelpopulatie (individuele werknemers, specifieke groepen werknemers, organisatie - geïllustreerd met symbolen).

2. Ontwikkeling van het interviewprotocol

Het interviewprotocol voor elke groep van actoren werd ontwikkeld door het projectteam en omvatte een breed scala aan onderwerpen. De interviews werden op een semigestructureerde manier opgebouwd, waardoor een gerichte, tweerichtingscommunicatie mogelijk was. Een onderwerpenlijst werd ontwikkeld alsook een ruime lijst van vragen over elk onderwerp. Beide werden gebruikt als leidraad tijdens de interviews. De drie interviewprotocollen (d.i. eigenaar, actor op de werkplek en onderzoeker) bevatten dezelfde kernvragen en aanvullende specifieke vragen met een ander onderwerp opdat een analyse en een vergelijking van de situatie tussen systemen onderling en met België mogelijk zou zijn. De interviewprotocollen werden in drie talen opgesteld: Nederlands, Frans en Engels.

Onderwerpenlijst voor het interviewprotocol:

- Geschiedenis van de aanpak, inclusief de redenen voor de ontwikkeling;
- Doelstellingen van de aanpak;
- Financiële aspecten en juridisch kader van de aanpak;
- Actoren betrokken in de aanpak;
- Workflow van de aanpak;
- Resultaten van de aanpak;
- Kwaliteit van de verzamelde data;
- Drivers, bevorderingsfactoren van de implementatie en het gebruik van de aanpak;
- Obstakels en belemmeringen voor de implementatie en het gebruik van de aanpak;
- Stappen die zijn genomen/die moeten worden genomen om obstakels en barrières te overwinnen;
- Quick wins;
- Huidig gebruik van gegevens voor in de praktijk;
- Overdraagbaarheid van het systeem naar andere landen;
- Rol van het onderwijs bij de preventie van werkgerelateerde psychosociale risico's en burn-out;
- Bestaande kennislacunes/noodzakelijk aanvullend onderzoek.

Om de kwaliteit van de interviews te waarborgen, was het cruciaal dat de interviewers goed waren voorbereid en dat ze over de nodige competenties beschikten. Bovendien was het essentieel dat alle interviews op gestandaardiseerde wijze werden afgenomen. Daarom werd een instructiegids ontwikkeld voor de interviewers met betrekking tot:

- De onderwerpenlijst, inclusief richtvragen;
- Duidelijke afspraken over het uitvoeren van de interviews;
- Duidelijke afspraken over het aanleveren van de resultaten van de interviews (zowel stemopnames als woordelijke transcripties, indien nodig met een vertaling in het Engels).

3. Interviews

De interviews waren semigestructureerd. De ontwikkelde interviewgids begeleidde de interviewer zodat de belangrijkste bovengenoemde onderwerpen aan bod kwamen. De onderzoekers van het projectteam, die ervaring hadden met kwalitatief onderzoek, voerden de interviews uit via Skype. Bij

Frans-, Nederlands- of Engelstaligen werd het interview uitgevoerd in de moedertaal. In andere gevallen werd het interview in het Engels uitgevoerd.

Ter voorbereiding op het interview werd een lijst met onderwerpen naar elke respondent gestuurd vóór de geplande datum van het interview. Aan het begin van elk interview werd de respondent toestemming gevraagd om het interview op te nemen. Eerst werden het onderwerp en de context geïntroduceerd. Aansluitend werden verschillende onderwerpen besproken en werden specifieke vragen gesteld om dieper in te gaan op bepaald aandachtspunten. De interviews duurden ongeveer 45-60 minuten.

4. Data-analyse

Naast een gedetailleerde beschrijving van de aanpak, werden de getranscribeerde interviews gecodeerd.

Open codes werden op de interviewgegevens toegepast door labels toe te voegen die de tekst weergeven. Die codes werden onderverdeeld in thema's die deels op voorhand werden geïdentificeerd op basis van de onderwerpenlijst. Om te controleren op consistentie en betrouwbaarheid werden bij wijze van steekproef een aantal interviews geselecteerd die door een tweede onderzoeker onafhankelijk werden gelabeld. De onderzoekers vergeleken de codes en bespraken ze in geval van onenigheid in een consensusvergadering. Na het coderen van de interviews besprak het projectteam de classificatie van de codeerboom totdat consensus was bereikt.

Hoofdstuk 2. Frankrijk

1. Ontwikkeling van de aanpak

De Franse good practice die hierna wordt voorgesteld is de enige in dit verslag die zich op **beleidsniveau** situeert.

In Frankrijk wordt om de 4 jaar een **nationaal plan gezondheid-werk** opgemaakt (PNST: *Plan National Santé-Travail*) dat **regionaal uitgesplitst** wordt in PRST (*Plan Régional Santé-Travail*). Er werd al rond psychosociale risico's (PSR) gewerkt in 2000, 2002 en 2004. Na de uitbraak in de media van de affaire France Telecom n.a.v. de vlaag van zelfmoorden in dat bedrijf werd ook een noodplan opgestart.

In de PRST's (regionale plannen gezondheid-werk) worden de doelstellingen op vlak van **psychosociale risico's** uitgewerkt door een interinstitutionele werkgroep samengesteld uit:

- Arbeidsinspecteurs van het ministerie van arbeid;
- Multidisciplinaire arbeidsgezondheidsdiensten (ergotherapeuten, psychologen en psychotherapeuten, toxicologen...) die de nadruk op PSR-preventie leggen;
- De regionale directie van ondernemingen, mededinging, consumenten, arbeid en tewerkstelling (DIRECCTE, d.i. *Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi*) die de goedkeuring geeft aan de arbeidsgezondheidsdiensten en die de prioriteit geeft aan het project PSR-preventie;
- De verzekeringsmakelaar voor arbeidsongevallen en beroepsziekten (CARSAT, d.i. *Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail*) die als preventiedienst tussenkomt met advies- en controlebevoegdheden in de ondernemingen (controle-ingenieurs);
- De sociale landbouwmutualiteit (MSA, d.i. *Mutualité sociale agricole*) die zorgt voor verzekering en arbeidsgeneeskunde in de landbouwsector en die de rol van speciale preventiedienst voor landbouw vervult.

Daarnaast bestudeert die werkgroep alle bestaande **hulpmiddelen** die voor de ondernemingen nuttig kunnen zijn om de preventie van psychosociale risico's aan te pakken. De leden van de groep proberen de **acties en aanpak te coördineren** om harmonieuzer en efficiënter te werken rond primair gerichte preventie.

In dat kader heeft de ANACT (*Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail*) ter ondersteuning van de ondernemingen een aantal instrumenten, methodes, gidsen en publicaties ontwikkeld zodat ze zelf de risico's kunnen opsporen en aanpakken, meer bepaald op het niveau van **primaire preventie** zoals het Franse arbeidswetboek het voorziet. Secundaire preventie wordt soms ook in de actieplannen voorzien, maar het is eerder de bedoeling dat er gewerkt wordt rond primaire preventie.

Zo heeft de ANACT het **C2R-model** ontwikkeld: *Contraintes-Ressources-Régulation* (beperkingen-middelen-verordening). Dit model bevat **verschillende instrumenten** onder de vorm van vragenlijsten, publicaties en gidsen die online ter beschikking worden gesteld.⁸ Het is eerder een kwalitatieve aanpak, met talrijke ergonomische aspecten, waarbij het management ook betrokken wordt.

⁸ ANACT, Prévenir les risques psychosociaux, <https://www.anact.fr/prevenir-les-risques-psychosociaux-la-methode-anact>.

C2R is een instrument dat gebruikt wordt in problematische situaties om een te eng of te breed zicht op de werksituaties te vermijden, aangezien dat kan leiden tot veralgemeningen, beschuldigingen of slechte conclusies. De werkwijze steunt op feiten die niet weerlegd kunnen worden. Feiten worden op tafel gelegd en besproken. Er wordt samen naar een oplossing gezocht. Dit instrument bevordert de dialoog tussen de verschillende actoren (werkgevers, personeelsleden, preventieadviseur, HR, enz.) vermits men niet over PSR praat, maar wel degelijk over het werk en de concrete moeilijkheden die er zich voordoen. Als een moeilijkheid geïdentificeerd wordt, wordt er ook onmiddellijk gekeken naar de frequentie waarmee deze zich voordoet, het risico dat ze met zich meebrengt en de ernst van de (mogelijke) gevolgen (zouden) zijn en dit zowel voor de werknemer als voor de onderneming.

Dit instrument past eveneens in de QVT-akkoorden (*qualité de vie au travail* – interprofessionele nationale overeenkomsten) omdat het gesprekken over het werk mogelijk maakt en zodoende ook toelaat om werk, gezondheid en kwaliteit van de dienstverlening op elkaar af te stemmen. Bovendien worden niet enkel de beperkingen binnen de ondernemingen bekeken maar ook de beschikbare middelen. Daardoor kunnen de betrokkenen zelf concrete oplossingen binnen de organisatie vinden. Met andere woorden, het gaat om een instrument dat zowel een diagnose als een oplossing mogelijk maakt.

Het INRS (*Institut National de Recherche et de Sécurité*) heeft ook **instrumenten** ontwikkeld om de ondernemingen te ondersteunen. Ze worden **kosteloos online ter beschikking** gesteld.^{9/10}

Op de website van het Ministerie van Arbeid staat duidelijk uitgelegd wat PSR zijn en hoe ze kunnen/moeten aangepakt worden.¹¹

2. Juridisch kader

Het Franse Arbeidswetboek bepaalt dat de werkgever **de nodige maatregelen** moet nemen om de veiligheid en de mentale en fysieke gezondheid van de werknemers te garanderen (artikelen L 4121_1 tot 5 van de Franse Arbeidscode). Dit houdt het volgende in:

- Preventiemaatregelen voor beroepsrisico's;
- Informatie en opleiding rond beroepsrisico's;
- Het tot stand brengen van een aangepaste organisatie met de nodige middelen.

Hierbij wordt van de werkgever verwacht dat verandering en verbetering van de werkomgeving tot stand komen. Het gaat om een resultaatsverbintenis.¹²

⁹ INRS, RPS: faire le point. Une aide pour évaluer les risques psychosociaux dans les petites entreprises, <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=outil37>.

¹⁰ INRS, Risques psychosociaux. Ce qu'il faut retenir, <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>.

¹¹ Ministère du travail, Risques psychosociaux, <https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques-pour-la-sante-au-travail/article/les-rps-c-est-quoi>.

¹² Lerouge L., "La reconnaissance des pathologies psychiques en maladie professionnelle. Contribution au débat juridique à partir de l'approche française du 'burn-out' et autres réflexions" in UGT, Anuario Internacional sobre prevención de Riesgos psicosociales y calidad de vida en el trabajo, "El tratamiento de las patologías psicosociales como contingencia profesional en los sistemas de Seguridad Social", 2017/2018, p. 117-133.

Sinds 2001 is men verplicht om de **inventaris van de risico's** in een '**uniek document**' (DUER – *document unique d'évaluation des risques*) uit te schrijven.

Dit document bevat:

- De resultaten van de evaluatie van de risicofactoren;
- De concrete situaties die op de werkvloer geïdentificeerd werden;
- Het intensiteitsniveau van het risico.

Dit document is **ter beschikking voor inzage** van werknemers, personeelsafgevaardigden, arbeidsgeneesheren, agenten van de arbeidsinspectie, agenten van de CARSAT en agenten van pensioenverzekeringsfondsen volgens het artikel R. 4121-4 van het Arbeidswetboek.

Globale aanpak hiervoor:

1. Zich engageren over middelen en doelstellingen; actoren mobiliseren;
2. Een pre-diagnose stellen;
3. De mogelijke bronnen en risicofactoren voor PSR beoordelen;
4. Een actieplan opzetten;
5. Het DUER (*document unique d'évaluation des risques – supra*) updaten.

Het feit dat dit allemaal **wettelijk voorgeschreven** is, bevordert uiteraard het opstellen van preventieve maatregelen in de ondernemingen.

De inspecteurs van CARSAT kunnen ook een positieve rol spelen in de mate dat zij de enigen zijn die een echte hefboom hebben om de ondernemingen te motiveren. De inspecteurs zijn gemandateerd en beëdigd. Ze hebben toegangsrecht tot de ondernemingen zowel voor advies als voor controle indien werkongevallen vastgesteld worden, indien het bestaan van belangrijke risico's wordt vermoed of indien de reglementering niet gerespecteerd wordt. Zij mogen in dat geval aanmaningen geven aan de onderneming en haar beboeten. Als het risico niet gedekt wordt, zal de prijsbepaling van de verzekering aangepast worden.

Als de onderneming niet van het belang van primaire preventie overtuigd is, bestaat het risico dat de onderneming alles in het werk stelt om bepaalde psychosociale risico's te verstoppen. Verstoppte risico's worden echter groter en erger. Om die reden is het aangewezen om de aandacht van de onderneming te vestigen op de financiële kosten van dergelijk beleid, o.a. de kostprijs van werknemersdemotivatie, -verzuim, enz.

Zoals dat in de pensioenregeling het geval is (*régime de pénibilité du travail*), zou de werkgever als preventiemaatregel verplicht kunnen worden om voor de zware beroepen rekening te houden met de werklast.

Er is meer en meer **samenwerking tussen de verschillende diensten**: arbeidsgezondheidsdienst, arbeidsinspectie en CARSAT, ook al gebeurt dit momenteel informeel. De wetgever heeft geen normatief kader uitgeschreven dat het gebruik van gedeelde werkinstrumenten of programma's oplegt.

Goede **ingangspoorten** zijn: absentisme, loyaliteit van de werknemers, wervingsproblematieken, kwaliteit van het bedrijfsleven. De termen psychosociale risico's schrikken bedrijfsleiders eerder af.

3. Bevorderingsfactoren van de aanpak

- Het is belangrijk om intern over iemand te beschikken die goed opgeleid werd en de nodige competenties beschikt. Die persoon moet de woordenschat beheersen, een workshop kunnen begeleiden of een rapport uitschrijven. Is dit niet het geval, dan wordt aangeraden om een dergelijke expert aan te werven, hetzij als werknemer, hetzij als externe medewerker.
- De directie/het management moet bewust worden gemaakt van de uitdagingen en de verantwoordelijke een zekere ruimte geven om iets te kunnen uitwerken en te implementeren.
- De implementatie van preventiemaatregelen moet deel uitmaken van een ruimer project en van de strategie van de onderneming. Dwang moet zoveel mogelijk worden vermeden. Preventie werkt veel beter als de directie overtuigd is dat de nodige maatregelen de werking van de onderneming en haar globale prestatie positief beïnvloeden.
- Mogelijkheid om op ondernemingsniveau gemeenschappelijke beslissingen te nemen.

4. Belemmeringsfactoren van de aanpak

- De moeilijkheid om een onderneming te straffen voor het niet toepassen van de nodige preventie: PSR is minder meetbaar en controleerbaar omdat het steeds multifactorieel en eerder organisatorisch is. Een ander probleem is dat zowel agenten van CARSAT als arbeidsinspecteurs concrete maatregelen moeten voorstellen om een aanmaning te kunnen uitschrijven, wat moeilijker is in geval van PSR dan bijvoorbeeld bij een lichamelijk arbeidsongeval.
- De aanpassing van de wetgeving inzake de hiërarchie van de rechtsbronnen van het collectief arbeidsrecht in het nadeel van de werknemers: in principe moet een hogere rechtsnorm steeds worden gerespecteerd en afwijkingen daarop zijn slechts mogelijk als de lagere rechtsnorm betere voorwaarden (dan de hogere rechtsnorm) voor de werknemers inhoudt. Met andere woorden, in de hiërarchie ‘arbeidswet’, ‘interprofessionele overeenkomsten’ en ‘collectieve overeenkomsten’ kan bijvoorbeeld een collectieve overeenkomst (afgesloten op ondernemingsniveau) enkel afwijken van een interprofessionele overeenkomst (afgesloten op nationaal niveau) als de collectieve overeenkomst de rechten van de werknemers niet inkort of hun verplichtingen niet verzaamt. Door de aanpassing van de Franse arbeidswetgeving wordt een einde gesteld aan dit principe en is het nu mogelijk om in een lagere rechtsnormen afwijkingen op te nemen die de rechten van de werknemers inkorten of hun verplichtingen verzaamen. De juridische bescherming van de werknemers gaat dus achteruit.
- De fusie van CE (*Comité d’Entreprise* – de tegenhanger van de Belgische ondernemingsraad), DP (*Délégués du Personnel* – personeelsafgevaardigden) en CHSCT (*Comité d’Hygiène, de Sécurité et de Conditions de Travail* – de tegenhanger van het Belgisch Comité voor preventie en bescherming op het werk) die ten laatste eind 2019 moest worden uitgevoerd om nu het CSE (*Comité Social et Economique*) te vormen: de competenties van het CHSCT worden deels overgenomen door het CSE, maar concreet betekent die fusie minder tijd voor meer werk voor de verkozenen.
- De verplichting om een DUER op te stellen, houdt momenteel de schriftelijke traceerbaarheid in van de risico-evaluatie, de gebruikte methode en het actieplan. In de pijplijn zit nu een project om de traceerbaarheid van de evaluatie en van het actieplan te verwijderen.

- In Frankrijk wordt burn-out nog steeds niet als een beroepsziekte erkend. In sommige gevallen wordt het hebben van een burn-out wel door sommige verzekeringskassen (CARSAT) als arbeidsongeval beschouwd.¹³
- Als de turnover van het personeel in het bedrijf hoog ligt, is het moeilijker om iets concreet te implementeren.

¹³ Flohimont, V., “Apprehension about Psychosocial Risks and Disorders in Social Security: a Comparison Between the Approaches in Belgian and French Law”, in Lerouge, L. (ed.), *Psychosocial Risks in Labor and Social Security Law*, Engeland, Springer, 2017, 305-315.

Hoofdstuk 3. Nederland

1. Ontwikkeling van de aanpak

In Nederland werd een interessant project op **individueel en organisatieniveau** ontwikkeld. Het doel van dit project (BARABAZ) is o.a. de primaire preventie op de werkvloer te bevorderen.

BARABAZ is een project waarbij de **inzetbaarheid van werknemers** geëvalueerd wordt op basis van een meting door middel van een **biomedisch apparaat** gekoppeld aan een **adviesgesprek** met een inzetbaarheidsexpert. Het project werd officieel opgestart in januari 2018, maar het werd voorafgegaan door een planning en validatiefase van 2 jaar. In feite gaat het dus om een 4-jaar project.

Het project wordt ontwikkeld door het bedrijf BARABAZ. Met andere woorden, het project draagt de naam van het bedrijf dat daar verantwoordelijk voor is. BARABAZ is een onafhankelijk bedrijf dat werknemers screent met de BARABAZ-scan. BARABAZ bestaat uit een team van experts die allen medische basiskennis hebben van de parameters die zijn gemeten met het biomedische apparaat en van de nodige coaching vaardigheden beschikken. Bovendien wordt de onderneming vergezeld door een adviesraad waaraan een arts deelneemt, inclusief een voedingsdeskundige, een coachingexpert en een stressdeskundige. Teneinde de kwaliteit van de geleverde diensten te waarborgen, worden alle experts, vooraleer ze aan het programma deelnemen, opgeleid en gecertificeerd.

De BARABAZ-scan is een niet-invasieve test die wordt gebruikt om **lichaamsfuncties te screenen** op basis van persoonlijke capaciteiten verdeeld over 3 gebieden van vitaliteit: fysieke, mentale en emotionele criteria voor stressbestendigheid. Metingen en adviezen hebben dus betrekking op:

1. **Fysieke vitaliteit:** BMI, lichaamsvet, waterhuishouding van het lichaam;
2. **Mentale vitaliteit:** stress, sympathicus (gaspedaal), parasympathicus (rempedaal) en veerkracht;
3. **Emotionele vitaliteit:** gedrevenheid, geluk en ontspanning.

Fysiologische metingen omvatten de elektrische weerstand van de huid, ook wel galvanische huidreactie (GSR) genoemd, zuurstofverzadiging van het bloed en hartslagvariabiliteit (HRV). De Galvanic Skin Response (GSR) wordt gedefinieerd als een verandering in de elektrische eigenschappen van de huid als parameter van de zweetklierfunctie. Het signaal kan worden gebruikt om de functie van het autonome zenuwstelsel te beschrijven¹⁴. De elektrische eigenschappen van de huid worden beïnvloed door emoties en stress. Als gevolg van een emotionele stressreactie verandert de activiteit van de zweetklieren in de huid lichtjes. Die activiteit (alsook de veranderingen hierin) wordt gemeten door de GSR-sensor. Zuurstofverzadiging in het bloed wordt gevolgd door pulsoximetrie. De hartslagvariabiliteit (HRV) beschrijft de veranderingen in de tijdsintervallen tussen opeenvolgende hartslagen, die worden gedetecteerd met behulp van bloedvolume sensor signalen¹⁵. De HRV is een indirecte maat voor de activiteit van het autonome zenuwstelsel en lage HRV is een indicator voor mogelijke gezondheidsproblemen bij de bevolking in het algemeen.¹⁶ Deze aanpak is wetenschappelijk

¹⁴ Medvedev S, Belozarov A, Kluchnikov S. (2017) R&D - Clinical Evaluation Report Multiscan PRO, Model BC-OBP.

¹⁵ R. Haahr, 2006 "Reflectance Pulse Oximetry Sensor for the Electronic Patch," Technical University of Denmark.

¹⁶ Shaffer F, McCraty R, Zerr CL. (2014) A healthy heart is not a metronome: an integrative review of the heart's anatomy and heart rate variability. Front Psychol. 5(September): 1–19. doi: 10.3389/fpsyg.2014.01040.

gevalideerd door een extern onderzoeksbureau en een meer gedetailleerde beschrijving van het validatieproces is beschikbaar in het artikel van Gijssel en Boel.¹⁷

Het eerste contact met een werknemer houdt de biomedische scan in, die 122 seconden in beslag neemt, en een korte vragenlijst van 12 vragen. Hierna wordt de informatie geanalyseerd aan de hand van een algoritme waardoor de fitheid van de werknemer (inzetbaarheid) wordt gemeten (output). Op basis van die output geven experts van BARABAZ **feedback en advies aan de werknemer**. De consultatie duurt een zestigtal minuten. Het advies houdt aanbevelingen in met betrekking tot persoonlijk stressmanagement, coaching, lichaamsbeweging en voeding. De preventieve interventies worden echter niet geïmplementeerd door de BARABAZ-experts. Werknemers worden doorverwezen naar andere aanbieders. De reden hiervoor is vooral om potentiële belangenconflicten te voorkomen die zouden kunnen ontstaan als het advies en de coaching door dezelfde dienstverleners zouden worden verstrekt. De effectiviteit van de aanbevolen preventieve activiteiten wordt geëvalueerd tijdens een **vervolgafspraak**, die na 90 dagen plaatsvindt. Tijdens de tweede afspraak wordt opnieuw een scan op basis van het biomedische apparaat gedaan en geven BARABAZ-experts een 45-minutendurende feedback. Alle persoonlijke gegevens worden beschermd en alleen de betrokkene kan een feedback over deze gegevens krijgen. BARABAZ heeft het label “PRIVACY ZEKER”.

Een **managementrapportering op bedrijfsniveau** (groep van minimaal 30 deelnemers) is eveneens mogelijk. Werkgevers kunnen een geanonimiseerde screening op bedrijfsniveau aanvragen, maar de deelname van individuele werknemers aan het programma is altijd gebaseerd op een vrijwillig principe. Als een screening van een groter aantal werknemers van hetzelfde bedrijf wordt uitgevoerd, kunnen werkgevers feedback en advies krijgen over de mogelijke interventies die op bedrijfsniveau kunnen worden geïmplementeerd. Deze feedback houdt geen gepersonaliseerde informatie in.

2. Data-analyse

Op dit moment worden gegevens niet gebruikt voor aanvullende analyses, maar dit kan in de toekomst mogelijk wel gebeuren. Aangezien het programma pas recent werd opgezet, zijn er onvoldoende gegevens beschikbaar voor een statistische verwerking.

3. Bevorderingsfactoren van de aanpak

De belangrijkste drijfveren voor het programma zijn om via een toename van het zelfinzicht het eigenaarschap van medewerkers te vergroten over hun eigen inzetbaarheid. Een andere drijfveer is om socio-economische gevolgen van burn-out in kaart te brengen. Onlangs is het **bewustwording** van burn-out en psychische gezondheid op het werk bij zowel werkgevers als werknemers toegenomen. Bovendien worden psychische problemen erkend als een van de belangrijkste **oorzaken van verzuim**. Ten slotte biedt het programma een **meting van de fitheid** van werknemers en **persoonlijke feedback**, die werknemers motiveert om eraan deel te nemen.

¹⁷ Gijssel M, Boel A. (2018) Construct validity of the BARABAZ-scan to screen biometrics in employees. J Clin Res Med Volume 1(4): 1–3.

4. Belemmeringsfactoren van de aanpak

Een van de belangrijkste obstakels is het **budget** (het programma wordt particulier gefinancierd, werkgevers moeten hun deelname zelf betalen). Daarenboven moet een goede **gegevensverwerking** worden gewaarborgd, zodat de persoonlijke gegevens van werknemers goed worden beschermd en de werkgever geen toegang krijgt tot persoonlijke gegevens van werknemers. Ten slotte is de belangrijkste voorwaarde voor de implementatie van een dergelijke aanpak dat werkgevers **geloven in het belang en de meerwaarde van preventie** van psychische problemen op het werk.

Hoofdstuk 4. Oostenrijk

1. Ontwikkeling van de aanpak

Ongeveer 10 jaar geleden werd de **biologische monitoring** van stress (metingen van speekselcortisol) opgestart, omdat arbeidsartsen geïnteresseerd waren in het bestuderen van de acute fase van stress. Enkele jaren later werd de **psychologische screeningstool** ontwikkeld en bij de reguliere gezondheidscontroles geïmplementeerd. Dit initiatief is het resultaat van een samenwerking tussen de Arbo-eenheid van de Medische Universiteit van Wenen en van 2 grote verzekeringsmaatschappijen in Wenen die het project financieel ondersteunen. De screening wordt toegepast tijdens ongeveer 10.000 gezondheidscontroles per jaar; ongeveer 60% van de werknemers vult de vragenlijst over psychosociale risico's in (het beantwoorden van de vragenlijst gebeurt altijd op vrijwillige basis).

De systemen werden ontwikkeld met drie doelstellingen:

1. Hoe kunnen mensen met burn-outrisico in een vroeg stadium worden geïdentificeerd?
2. Hoe kunnen deze mensen beter worden behandeld?
3. Hoe kan burn-out efficiënter worden voorkomen?

Bij de tweede doelstelling (betere behandeling) werden ook psychologen, huisartsen en psychiaters betrokken.

De belangrijkste kosten van het systeem zijn personeelskosten, meer specifiek voor 2 huisartsen, 2 psychiaters, 5 psychologen en 15 arbeidsartsen. De totale kosten bedragen ongeveer 1 miljoen euro per jaar.

2. Juridisch kader

Burn-out wordt niet officieel erkend als een werkgerelateerde of beroepsziekte in Oostenrijk. Indien gezondheidsklachten en een diagnose echter worden bevestigd door een huisarts of een psychiater, dan dekken de verzekeringsmaatschappijen de behandelingskosten.

3. Gegevensverzameling

Alle werknemers komen in aanmerking. Het **psychosociale screeninginstrument** wordt gebruikt gedurende de eerste afspraak (een gestandaardiseerd hulpmiddel). Deze screeningstool werd ontwikkeld op basis van bestaande **vragenlijsten**, die het risico op burn-out en/of depressie meten. Meer informatie over de vragenlijst en de validatie ervan is beschikbaar in de literatuur.¹⁸ De screeningstool beoordeelt ook symptomen van angst en depressie, omdat burn-outpatiënten vaak dit soort klachten aan hun huisarts melden. Bij de tweede afspraak krijgen werknemers **feedback** over de resultaten van de vragenlijst en aansluitend enkele **aanbevelingen**. Die aanbevelingen kunnen aanleiding geven om de werknemer door te verwijzen naar een huisarts, die dan een meer gedetailleerde anamnese uitvoert. Afhankelijk van de ernst van gezondheidsklachten kunnen

¹⁸ Ponocny-Seliger E, Winker R. 12-Phasen-Burnout-Screening. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed. 2014;49: 927–935.

werknemers ook worden doorverwezen naar een psycholoog of een psychiater. Wekelijks vergaderen de experts om cases te bespreken en aanbevelingen m.b.t. patiëntenopvolging te ontwikkelen.

Uit de gegevensverzameling kunnen **drie resultatencategorieën** bekomen worden: resultaten van het interview (zelf gerapporteerde gegevens), klinische vaststelling (extern waargenomen gegevens) en biomonitoringsgegevens (cortisol).

4. Datakwaliteit

Werkgegevens, d.i. gegevens over functie, taken, sector, enz., worden niet verzameld. Bijgevolg kan er geen statistische analyse worden uitgevoerd. De bedoeling is echter om deze gegevens in de toekomst ook te registreren. De preventie is dus enkel gericht op individuele werknemers.

5. Gebruik van gegevens

Gegevens die worden verzameld tijdens de screening van werknemers in het gezondheids- en preventiecentrum, de belangrijkste zorginstelling voor gemeentelijk personeel van de stad Wenen, worden gebruikt voor **onderzoek naar burn-out biomarkers**. De belangstelling voor biomarkers van stress bestond al vóór de ontwikkeling van het screeningprogramma en begon met het onderzoeken van oxidatieve stress in een populatie van orkestmusici.¹⁹ Destijds lag de focus meer op de biomarkers van acute stress. Na het tot stand brengen van een samenwerking tussen actoren in de klinische setting, kwam er echter belangstelling voor potentiële biomarkers voor chronische stress en burn-out. In de daaropvolgende jaren namen klinici die in het Preventiecentrum werkten deel aan een gegevensverzameling, terwijl de afdeling laboratoriumgeneeskunde (Universiteit van Wenen) verantwoordelijk was voor de verdere analyse en beheer van de gegevens. Een deel van de gegevens is al gepubliceerd in de wetenschappelijke literatuur.²⁰ Bovendien trok dit onderzoek de aandacht van de media en werden sommige bevindingen verspreid via tv, kranten, enz.

Monitoring aan de hand van stressbiomarkers maakt nog geen deel uit van de besluitvorming in het screeningprogramma, deels door het gebrek aan valide predictieve markers, deels omdat de analyses niet worden terugbetaald door verzekeringsmaatschappijen. Het screeningsprogramma moet bovendien ook voor alle werknemers toegankelijk zijn. Gezien burn-out in Oostenrijk erkend is als een van de belangrijkste oorzaken van vervroegde uittreding, zijn verzekeringsmaatschappijen verplicht om een bepaald bedrag te investeren in de preventie en het onderzoek naar burn-out. Verder onderzoek naar implementatie van biomarkers in het screeningprogramma is nodig.

Het gebruik van het biomarkerprogramma past eerder bij de **secundaire preventie** (d.i. vroegtijdige identificatie van werknemers met symptomen van burn-out, om verdere voortgang van symptomen en afwezigheid op werk te voorkomen). Voor primaire preventie speelt screening van andere

¹⁹ Pilger A, Haslacher H, Ponocny-Seliger E, Perkmann T, & Winker R. (2014). Affective and inflammatory responses among orchestra musicians in performance situation. *Brain, Behavior, and Immunity*, 37, 23-29.

²⁰ Pilger A, Haslacher H, Meyer BM, Lackner A, Nassan-Agha S, Nistler S, Stangelmaier C, Endler G, Mikulits A, Priemer I, Ratzinger F, Ponocny-Seliger E, Wohlschlaeger-Krenn E, Teufelhart M, Täuber H, Scherzer TM, Perkmann T, Jordakieva G, Pezawa, L, & Winker R. (2018). Midday and nadir salivary cortisol appear superior to cortisol awakening response in burnout assessment and monitoring. *Scientific Reports*, 9151.

risicofactoren een grotere rol (andere omgevingsfactoren, psychosociale risicoanalyse). Daarom kunnen biomonitoringsgegevens worden geïntegreerd in één segment van screening en de preventie van burn-out.

6. Bevorderingsfactoren van de aanpak

De belangrijkste drijfveer is de steun van de Universiteit van Wenen en de financiële steun van verzekeringsmaatschappijen. Dit stelt de betrokken experts in staat om het belang van de screening te verdedigen, vooral op het gebied van gezondheidspreventie. Bovendien is de **politieke context** belangrijk in die zin dat er een **bewustzijn en bereidheid** moet zijn om te investeren in een aanpak voor burn-outpreventie. In dit verband heeft Oostenrijk de afgelopen jaren grote vooruitgang geboekt, maar er is nog ruimte voor verbetering.

7. Belemmeringsfactoren van de aanpak

Een obstakel is de **onduidelijke definitie en evaluatie van burn-out**. Er moet gewerkt worden aan duidelijkere en uniforme richtlijnen vast te stellen voor de identificatie van burn-out. Dit is ook een nadeel in het onderzoek naar biomarkers omdat er een grote inconsistentie is in de literatuur met betrekking tot burn-out biomarkers, vb. Cortisol kan zowel verhoogd als verlaagd zijn bij burn-out patiënten. Eén belangrijke verklaring hiervoor is het ontbreken van duidelijke diagnostische criteria.

8. Rol van opleiding bij het voorkomen van burn-out

Opleiding speelt een belangrijke rol in het voorkomen van burn-out. **Het opleiden van zorgverleners** (huisartsen) is belangrijk, maar ook de **bewustmaking** en de **gezondheidseducatie van het publiek**. Bijgevolg moet opleiding op verschillende niveaus worden geïmplementeerd. Momenteel wordt voornamelijk opleiding gegeven aan universiteiten (geneeskunde). Na de universitaire opleiding ontstaat een probleem omdat de meeste goed opgeleide experts in gespecialiseerde tertiaire instellingen werken, en niet in de eerstelijnsgezondheidszorg. Ten slotte moet de overheid meer geld investeren in het **sensibiliseren** over de impact van burn-out en de preventie ervan.

Hoofdstuk 5. Denemarken

Uit de interviews is gebleken dat twee Deense projecten aandacht verdienen. Enerzijds het Balance-project dat op de onderwijssector focust, anderzijds het early-intervention project dat vooral voor de managers en teamverantwoordelijken van belang is. Ze worden hierna besproken.

1. BALANCE-project

Het idee voor de ontwikkeling van het BALANCE-project is voortgekomen uit literatuurgegevens die aangeven dat **leerkrachten** één van de meest **kwetsbare** groepen zijn in termen van psychische gezondheidsrisico's. In verschillende landen is een slechte psychische gezondheid geïdentificeerd als de meest voorkomende oorzaak van vervroegde uittreding bij leraren.²¹ Een **combinatie van zowel individuele als organisatorische interventies** blijkt het meest effectief te zijn in het kader van preventie.²² In het BALANCE-project voegden de ontwikkelaars deze twee componenten samen in een interventie met als doel **het welzijn en het werkvermogen te verbeteren** en **psychische gezondheidsproblemen te voorkomen** bij de leraren in het openbaar onderwijs in Denemarken.²³

De belangrijkste doelstellingen van het BALANCE-project waren de volgende:

1. Het risico op ernstige psychische problemen te verminderen door vroegtijdige hulp te bieden aan werknemers die risico lopen;
2. Het werkvermogen van werknemers met verminderd psychosociaal welzijn te handhaven of te verbeteren;
3. Het psychische welzijn van alle werknemers in stand te houden en te beschermen.

Alle openbare scholen in Kopenhagen werden uitgenodigd om deel te nemen aan het project; 15 scholen beslisten te participeren. Die 15 scholen werden gerandomiseerd in een interventiegroep (8 scholen, 346 leerkrachten) en een controlegroep (7 scholen, 345 leerkrachten). Alle leraren in de interventiegroep werden uitgenodigd om deel te nemen aan een screening, inclusief meting van de WHO-5 welzijnsindex. WHO-5 is een korte screeningstool met vijf positief geformuleerde items over het welzijn van de afgelopen twee weken. De cutoff score van <50 duidt op een verminderd psychisch welzijn en alle leraren die <50 scoorden werden uitgenodigd om contact op te nemen met een casemanager. De casemanager informeerde de leerkrachten over het doel van de interventie en besprak de/hun potentiële deelname aan de **interventieactiviteiten op individueel niveau**, bestaande uit: i) een individueel overleg met de casemanager, ii) een deelname aan een cursus stressmanagement en, iii) het beoordelen van mogelijkheden voor aanpassingen aan werkaccommodaties.

²¹ Bernstrom VH, Kjekshus LE. Leading during change: the effects of leader behavior on sickness absence in a Norwegian health trust. BMC Public Health 2012;12:799.

²² Lederne. Stress. København: Lederne; 2015.

²³ Aust B., Kristiansen J, Jørgensen A, Christensen AB. Process and effect evaluation of a combined individual and organizational level intervention to improve psychological well-being in public school teachers. Wellbeing at work conference 2016, Amsterdam, The Netherlands

De interventiecomponent op organisatieniveau

Het doel van de interventiecomponent op organisatieniveau was **het ondersteunen** van de individueel gerichte interventiecomponent en **het verbeteren** van de psychosociale werkomgeving met als doel het bereiken van een beter **evenwicht tussen werkeisen en hulpbronnen voor alle leraren**. Op elke school was de zogenaamde TRIO-groep (een vertegenwoordiger van de schoolleiding, een vertegenwoordiger voor gezondheid en veiligheid en een vakbondsafgevaardigde) verantwoordelijk voor de organisatorische component. De **activiteiten** bestonden uit i) een training voor de TRIO's gevolgd door coachingsessies met consultants, ii) een seminar van een halve dag voor alle leraren op elke school, en iii) het initiëren van een proces om de psychosociale werkomgeving te verbeteren. Die actoren werden gekozen, omdat ze sleutelfiguren zijn voor maatschappelijke veranderingen met betrekking tot psychisch welzijn op de werkplek. Er werd aan de actoren een driedaagse cursus rond/over mentaal welzijn gegeven. De cursus omvatte seminars, onderwijs en coaching sessies over de verbetering van de sociale werkomgeving te verbeteren. Terwijl de individuele interventiecomponenten tot doel hadden de veerkracht en coping strategieën te verbeteren, was de organisatorische interventiecomponent bedoeld om het evenwicht tussen werkeisen en hulpbronnen in de sociale werkomgeving te verbeteren.

Na een **implementatieperiode** van 1 jaar werden de interventies op twee tijdstippen geëvalueerd, met name in een **follow-up studie** van 12 maanden en een van 24 maanden. Het doel van de evaluatie was niet alleen om het effect van de interventie op het welzijn, het werkvermogen en de werkgerelateerde vermoeidheid te schatten, maar ook om het interventieproces zelf te evalueren met behulp van kwalitatieve methoden. Die methoden verwijzen naar de **interactie tussen de verschillende interventiecomponenten** en naar het **onderzoek over de verschillende aspecten van het proces** die de uitkomsten zouden kunnen verklaren. Verrassend genoeg onthulde de analyse voor de uitkomsten (psychologisch welzijn, werkvermogen en werkgerelateerde vermoeidheid) geen statistisch significante verschillen tussen de interventiegroep en de controlegroep. Voor de leraren met aanvankelijk lage scores op psychologisch welzijn (WHO-5) was er een niet-significante verbetering opgetreden. Deelnemers uit de interventiegroep rapporteerden een **positieve perceptie** van de interventie en leken zeer tevreden te zijn met de uitkomst. 75% van de TRIO-deelnemers en 70% van de leraren zouden het project aanbevelen aan andere scholen.

De procesevaluatie gaf enkele aanvullende inzichten m.b.t. de vastgestelde discrepantie. Eén van de belangrijkste conclusies van deze evaluatie was dat de **context** waarin de implementatie plaatsvindt de belangrijkste drijfveer/hindernis is. De belangrijkste voorwaarde voor de organisatorische interventies gericht op "het trio" is een bestaande samenwerking tussen deze actoren. Als dit niet het geval is, is het zeer onwaarschijnlijk dat de bestaande attitudes, overtuigingen en cultuur zullen veranderen. Dit is waar educatie en bewustwording een essentiële rol spelen die momenteel nog ontbreekt.

2. EARLY INTERVENTION-project

In tegenstelling tot het BALANCE-project, dat specifiek gericht was op leraren, onderzocht het EARLY INTERVENTION-project een bestaand **adviescentrum voor lijnmanagers en hun werknemers** in de gemeente Kopenhagen. De gemeente Kopenhagen biedt lijnmanagers de mogelijkheid om contact op

te nemen met een adviescentrum om **hulp te vragen bij het omgaan met lichamelijke of psychische gezondheidsproblemen bij hun werknemers**.²⁴

Aanvankelijk had dit adviescentrum een beperkte actieradius en was het bedoeld voor werkgevers en werknemers in zorgberoepen (bijv. bejaardentehuizen). In de loop der jaren werd het werkingsgebied van het centrum verbreed en nu omvat het alle soorten werkplekken binnen de gemeente Kopenhagen.

Het idee voor dit concept ontstond uit de behoefte van lijnmanagers aan begeleiding en hulpmiddelen om psychische gezondheidsproblemen van hun werknemers aan te pakken.²⁵ Een Deense studie onder lijnmanagers heeft bijvoorbeeld aangetoond dat 95% van de Deense managers het als een belangrijke **managementtaak** beschouwt om **de stress van hun werknemers aan te pakken**. 55% antwoordt echter dat ze zich slechts tot op zekere hoogte bekwaam voelen om de stress van werknemers aan te pakken.²⁶

Om het eerste contact met een externe consultant te kunnen aangaan, **moeten werkgever en werknemer samenwerken**. Zodra een werknemer de werkgever benadert en informatie verstrekt over werkgerelateerde stress of een ander psychisch probleem, kan de werkgever met toestemming van de werknemer een consult in het Early Intervention Center aanvragen. Dit verzoek bevat echter geen gedetailleerde informatie m.b.t. het probleem van de werknemer. De **werknemer** kan van een psycholoog **advies** over het probleem krijgen zonder verdere betrokkenheid van de werkgever. Tegelijkertijd zal de **werkgever** een **onafhankelijke begeleiding** hebben waar hij/zij advies kan krijgen bij mogelijke interventies op de werkplek die de werknemer kunnen helpen om te herstellen.

Hoewel het adviescentrum erg populair is en door veel instellingen en ondernemingen binnen de gemeente Kopenhagen wordt gevraagd, is het nooit geëvalueerd. Daarom werd het Deense Nationale Onderzoekscentrum voor de Werkomgeving (*Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø*, NFA) benaderd voor een **evaluatieonderzoek**. Voor deze studie werden ongeveer 20 lijnmanagers, die eerder gebruik hadden gemaakt van de dienst, gecontacteerd voor een interview over hun ervaringen. De algemene feedback was zeer positief. Meer dan de helft van de lijnmanagers in de gemeente Kopenhagen heeft de service minstens één keer gebruikt en 75% hiervan heeft deze minstens 5 keer gebruikt.

De belangrijkste aspecten die in de evaluatiegesprekken werden besproken, waren de volgende:

- Hoe identificeren lijnmanagers een werknemer met een verminderd psychisch welzijn?
- Bij wie zoeken lijnmanagers advies om te bespreken hoe ze met werknemers met verminderd psychisch welzijn moeten omgaan?
- Hoe behouden lijnmanagers de balans tussen de individuele werknemer en het teamwerk/ groep collega's?
- Welke organisatorische uitdagingen ervaren lijnmanagers bij het omgaan met werknemers met een verminderd psychisch welzijn?

²⁴ Andersen MF, Buchardt HL, Friberg MK, Aust B. Ledernes udfordringer og muligheder i håndteringen af medarbejdere med psykisk relaterede trivsels- og fraværproblemer - NFA, 2016.

²⁵ Bernstrom VH, Kjekshus LE. Leading during change: the effects of leader behavior on sickness absence in a Norwegian health trust. BMC Public Health 2012;12:799.

²⁶ Lederne. Stress. København: Lederne; 2015.

Deze interviews hebben geleid tot verschillende belangrijke conclusies. Ten eerste zijn er verschillende manieren om de werknemer met een verminderd psychisch welzijn te **identificeren**. Dit kan worden gedetecteerd door de manager, door de collega's of door de werknemer zelf.²⁷ Ten tweede is **dagelijks contact** van groot belang voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie en het identificeren van opkomende psychische problemen. Andere belangrijke vereisten zijn een **cultuur van leren en delen** en de **balans tussen het zorgen voor de individuele werknemer en het team**. Ten slotte wezen de managers erop dat de interventie bijzonder nuttig was om hen te helpen bij **het vermijden van rolconflicten**. Met andere woorden, zodra een therapeut de rol van adviseur overnam, konden ze hun rol als supervisor behouden en tegelijkertijd bijdragen aan het herstel van de werknemer. Ze verklaarden ook dat het programma hun het belang aantoonde van een vroege interventie en dat het hen stimuleerde om sneller te reageren wanneer ze een probleem identificeren. Ten slotte bevestigt dit project **het belang van onderwijs** in de preventie van werkgerelateerde psychische gezondheidsproblemen. Meer in het bijzonder lijkt een opleiding over hoe te onthullen maar ook over hoe te luisteren en te reageren op een onthulling een veelbelovend resultaat te geven bij vroege preventie.

²⁷ De verschillende manieren waarop het verminderd psychisch welzijn van een werknemer in dit geval werd gedetecteerd, kunnen uit de internationale literatuur niet worden afgeleid.

Hoofdstuk 6. Quebec (Canada)

1. Ontwikkeling van de aanpak

Het doel van het onderzoek door en op de Université Laval in Quebec (Canada) is, enerzijds, nagaan of de **percepties** van personeelsleden, HR en directie overeenkomen met **feitelijke vaststellingen** inzake werkbelasting en stress, en, anderzijds, **ingrijpen** mogelijk maken.

Het onderzoeksproject is ontstaan uit de vraag om de psychosociale risicofactoren en de bescherming van het personeel op het geheel van een universiteitscampus te beoordelen en om een grondige analyse van de situatie te maken. De doelpopulatie is alle personeelsleden van de universiteit. Het gaat dus om circa 6 000 personen, met een antwoordpercentage van 45%, d.i. bijna 3 000 respondenten.

De **doelstelling** bestond erin:

1. een profiel op te maken van de gezondheid en het welzijn van het personeel:
 - risicofactoren identificeren waarop men kan inspelen;
 - factoren identificeren ter bescherming en versterking van de personeelsleden;
2. beheerders te begeleiden bij het opstellen van actieplannen of initiatieven om de gezondheid en het welzijn van hun teams te verbeteren;
3. het HR-team richtlijnen te geven over hun mandaat, zowel inzake begeleiding en managementontwikkeling, als inzake interne communicatieactiviteiten;
4. de evolutie van het welzijn en de inzet van het personeel na verloop van tijd te meten, alsook de managementpraktijken.

De **kernvraag** is hoe de organisatie in haar structuur ervoor zorgt dat, enerzijds, de waarden worden gerespecteerd, en, anderzijds, goede arbeidsvoorwaarden worden aangeboden zodat de personeelsleden hun werk zo goed mogelijk kunnen uitvoeren. Hiervoor worden o.a. de steun en de helderheid van hun mandaat, de ergonomie van hun werk, de kenmerken van het werk, de verveling, enz. getoetst.

Om dit project te verwezenlijken heeft de projectleidster een vragenlijst opgesteld op basis van de QSBT (*Questionnaire Santé et Bien-être au Travail*) die **alle welgekende psychosociale risico's** omvat. Daaraan heeft ze de **technostress** en het **psychosociale veiligheidsklimaat** toegevoegd. Deze toevoegingen steunen op het Gollacrapport (Frankrijk 2011).²⁸ Het instrument meet 28 variabelen die over 162 vragen worden verspreid. De vragen worden beantwoord met een schaal type Likert in 5 punten.

De twee voornaamste voordelen van dit project zijn de sectorvergelijkingen en de linken tussen variabelen. Dankzij sectorvergelijkingen worden de meeste relevante variabelen geselecteerd en in de vragenlijst verwerkt. Daarna worden de variabelen niet alleen apart geanalyseerd maar ook met onderlinge linken. Daardoor kunnen oorzaken van blootstelling aan psychosociale risico's worden

²⁸ Gollac M. et al., "Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser", Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé, France, 2011, 223 p, https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf.

verklaard. Dit model werd **JD-OOR** genoemd (Job Demandes et Organisationnelles et Occupationnelles Ressources). Op die manier kunnen zowel positieve aanwijzingen van welzijn op het werk als signalen van stress en werkintensiteit worden geïdentificeerd. In die zin kunnen ook de positieve componenten van een gegeven werkcontext bepaald worden. Als die componenten niet aanwezig zijn, zal de stress groter zijn en het welzijn op het werk minderen.

Dankzij die analyse kan men preventief tewerk gaan omdat het systeem toelaat om kenmerken van de werkomgeving te identificeren. Verder ligt de meerwaarde van de tool in het begrijpen en verklaren van de verbinding tussen de verschillende kenmerken en factoren zodat doelgerichte en werkcontextgerelateerde actieplannen kunnen worden uitgewerkt en uitgevoerd. In de casestudie 'université Laval' waren 42 werkcategorieën vertegenwoordigd. De problemen en uitdagingen werden op die manier duidelijk naar voren gebracht per werkkenmerk. Bovendien kunnen de zones waarop (dringend) moet worden gewerkt, worden bepaald.

De voorspellingsgraad van het model dat de Universiteit Laval heeft uitgewerkt, bedraagt 70 tot 80%.

Het voordeel van deze tool is ongetwijfeld het mogelijk maken van preventieve en niet enkel curatieve aanpak. In Quebec gaat het om een grote vooruitgang, daar het wettelijke kader meer focust op tertiaire dan op primaire preventie. Daarenboven laat de tool eveneens toe om sneller in te grijpen als er aangevoeld wordt dat er ergens problemen zijn.

2. Kwaliteit van de gegevens

- Het instrument (JD-OOR²⁹) werd opgesteld op basis van wetenschappelijke studies en rapporten en werd gevalideerd bij verschillende groepen.
- Psychometrische kwaliteiten van de indicatoren

De indicatoren worden onderverdeeld in 5 categorieën, waarvan 2 een positieve en 3 eerder een negatieve invloed hebben op de psychosociale risico's binnen de organisatie en dus ook op de betrokken medewerker die de vragenlijst beantwoordt. Het gaat om de 5 volgende categorieën:

- Organisatorische middelen, d.i. het (al dan niet) positief karakter van de werkomgeving
- Job resources, d.i. het (al dan niet) stimulerend karakter van de job
- Werkvereisten, d.i. de eisen die het werk met zich meebrengt
- Psychologische noden, d.i. de psychologische situatie van de medewerker
- Fysiologische symptomen, d.i. de fysiologische en lichamelijke conditie van de medewerker

Elke categorie bevat variabelen die positief of negatief de psychosociale risico's beïnvloeden, naargelang ze een risico- of beschermingsfactor zijn voor de gezondheid, het welzijn en de prestaties van het personeel.

²⁹ JD-OOR : Job Demandes et Organisationnelles et Occupationnelles Ressources (Truchon et al., 2019).

De vragenlijst bevat 162 vragen die betrekking hebben op 28 variabelen zoals technostress, musculoskeletale aandoeningen, geheugen, ethiek, leadership, steun van de collega's.³⁰ Met andere woorden, de psychosociale situatie wordt binnen de organisatie bekeken vanuit een brede invalshoek die op een geïntegreerde manier alle werkcomponenten, en niet alleen de psychosociale factoren, omvat. Zo wordt bijvoorbeeld in de resultatenanalyse een link gemaakt tussen werkgerelateerde stress, werknemer in nood en musculoskeletale aandoeningen.

In de case 'Laval Universiteit' werden 6 193 personen ondervraagd met een responsgraad van 45% (2 770 hebben deelgenomen aan de enquête). De JD-OOR werd ook toegepast op andere organisaties, zowel in Quebec als in het buitenland. Op basis van de verzamelde gegevens toont de auteur van de JD-OOR dat **de psychometrische kwaliteiten van de tool goed zijn**.

3. Kwaliteit van de resultaten en van de analyses

De projectleidster beschikt over een research-lab binnen de universiteit. De hoge kwalificaties en de belangrijke ervaring van de leden van het research-lab op onderzoeksvlak hebben haar werk vergemakkelijkt.

In de Universiteit van Laval werd de vragenlijst gedurende 10 dagen online gezet op de campus, samen met een grote advertentiecampaagne (op voorhand voorgelegd aan een ethische commissie) die over de hele campus werd verspreid. Bijna de helft van de personeelsleden (uit alle beroepscategorieën) hebben deelgenomen aan de enquête. Op basis van de verzamelde gegevens werden **8 aanbevelingen** voorgesteld aan de HR-verantwoordelijke met als belangrijkste doel de **primaire preventie** te versterken.

De resultaten geven eerder een **indicatie over het welbevinden op het werk** en bijgevolg het bestaan van psychosociale problemen, maar geven geen informatie over de aard van de psychosociale aandoening of het soort mentaal gezondheidsprobleem. Daarnaast laten ze toe om **risicozones te identificeren**, alsook om een **balans** op te stellen van **wat goed werkt**. Aldus geven ze een beter beeld van de sterke en zwakke punten van het arbeidsmilieu. In die zin draagt de tool bij tot een preventieve aanpak en tot **het opzetten van een welzijnsbeleid** op het werk.

Het eindresultaat geeft een beeld van de situatie binnen de organisatie maar het is ook mogelijk om het algemene gemiddelde van een doelgroep te berekenen, alsook onderverdelingen per geslacht, arbeidscategorie, andere sociodemografische criteria... te bekomen.

De methodologie is **gevalideerd** en de resultaten zijn **betrouwbaar**³¹ maar het proces zal herhaald worden teneinde de slotvalidatie van het model nogmaals te bevestigen. Het model werd in 2019 in Genève aan de Internationale Arbeidsorganisatie voorgesteld en zal in maart 2020 in Tunesië worden gepresenteerd naar aanleiding van het Franstalige Congres over de musculoskeletale aandoeningen.

³⁰ Voor een volledige beschrijving van de variabelen, zie Truchon M, Santé, bien-être et performance organisationnelle chez des employé-e-s d'un établissement d'enseignement supérieur québécois. Proposition d'un nouveau modèle explicatif: Job-Demandes ET Ressources Organisationnelles et Occupationnelles JD-OOR. Rapport de recherche, Université Laval, Quebec; octobre 2019, p. 47-50, https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/37235/1/Truchon_Manon_13-11-19.pdf.

³¹ Een artikel zal in de komende maanden in een wetenschappelijk tijdschrift worden gepubliceerd en twee zijn in voorbereiding.

4. Bevorderingsfactoren van de aanpak

- Het management (de beslissers) staat erachter: het is overtuigd dat er iets moet gebeuren en aanvaardt ook het risico op negatieve resultaten. Het is de wens van het management om oprechte antwoorden te verkrijgen.
- Het HR-team heeft het mandaat en de competentie om mensen achteraf bij te staan.
- De informaticadienst heeft deelgenomen aan het project door het verzamelen van de gegevens te vergemakkelijken.
- De informatie en de communicatie omtrent het beleid zijn essentieel in de preventie van psychosociale risico's op het werk.
- Studenten van de projectleider hebben aan het project meegewerkt waardoor de kosten gedrukt konden worden.
- Het discours dat de nadruk legt op bescherming, eerder dan op risico's, heeft het positieve aspect van het project in het licht gebracht en heeft ook toegelaten om te kijken naar goede werking en uitdagingen i.p.v. naar slechte werking en stressfactoren in de organisatie. Op die manier kan de werkgever gemakkelijker aan de problematiek werken.
- Het theoretische model en de wetenschappelijke onderbouwing van de tool.

5. Belemmeringsfactoren van de aanpak

- Zeer gedecentraliseerde omgeving, het management heeft weinig of geen gezag om veranderingen door te voeren want de decaan van een faculteit heeft het volle gezag. Het management kan de invoering van de maatregelen dus niet verplichten maar wel ondersteunen. Om die reden analyseert HR de resultaten alvorens ze te communiceren. HR stelt actieplannen voor waar nodig om zo de implementatie ervan te vergemakkelijken.
- De reactie van de vakbonden kan (zou) een afremmend effect (kunnen) hebben: de resultaten van de peiling kunnen onderhandelingen met de vakbonden helpen of bemoeilijken, afhankelijk van hoe de vakbonden de resultaten zullen gebruiken. Bovendien zal het voor hen moeilijker zijn te beweren dat de situatie niet goed is als het tegendeel uit het onderzoek blijkt.
- Het wettelijke kader is een rem naar primaire preventie toe, en dus ook een rem naar de financiering van onderzoeken in dat domein, vermits de Quebecse wetgeving de nadruk legt op tertiaire preventie.

6. Aandachtspunten bij het opzetten van de aanpak

- De communicatie van de resultaten moet goed worden beheerd.
- Het actieplan dat op de communicatie van de resultaten volgt, moet zorgvuldig worden voorbereid.
- De betrouwbaarheid van de resultaten moet goed aangetoond worden, een nauwe samenwerking met de vakbonden is onontbeerlijk.
- De moeilijkste vragen raken aan het psychosociaal klimaat en de preventieve maatregelen maar als de mensen er niet op kunnen antwoorden, is het al een antwoord op zich.

7. Opvolging

Naast het eindresultaat van de analyse die de situatie van de organisatie inzake welzijn op het werk en psychosociale risico's weergeeft, worden de gegevens eveneens geanalyseerd per groep: beroepscategorie, gender, diensten en afdelingen, enz. Die verfijnde analyse laat toe om de interventiezones goed te definiëren zodat aanbevelingen aan de verantwoordelijken van de organisatie (en diensten) kunnen worden voorgelegd. Aanbevelingen per risicozones zijn van groot belang in het kader van een efficiënt preventiebeleid. Zo bleek bijvoorbeeld uit de studie in de Universiteit van Laval dat de stress van de professoren t.o.v. de technologische omgeving die gepaard gaat met het onderwijs op afstand heel hoog is. Het gaat om een risico dat specifiek de professoren betreft maar niet de andere beroepscategorieën. De nodige preventiemaatregel moet bijgevolg specifiek gericht zijn op die categorie.

Op basis van de **resultaten** en **aanbevelingen** die door de auteur van het model werden voorgesteld, werd samen met de HR-dienst een **concreet actieplan** per dienst opgesteld. De dienstverantwoordelijke stuurt het actieplan bij en wordt daarin bijgestaan door de HR-dienst. Daarenboven moet de HR-dienst klaarstaan om steun en advies aan te bieden als de dienstverantwoordelijke zich niet in staat voelt om het actieplan in handen te nemen en uit te voeren.

Ten slotte wordt een **longitudinale opvolging** na 24 maanden voorzien met als doel de impact van de genomen maatregelen inzake welzijn en gezondheid op het werk te meten.

8. Overdraagbaarheid van de tool

Een ander pilootproject loopt in een huis voor palliatieve zorgen (medische sector) in Quebec. Sinds de herfst 2019 wordt het model ook gebruikt in de ziekenhuissector, bij alle beroepen met uitzondering van artsen en verpleegkundig personeel (omdat er al veel studies omtrent psychosociale risico's bij artsen en verpleegkundig personeel zijn gevoerd). Het betreft zo'n 2.000 personen.

Het model is **van toepassing op alle beroepscategorieën** en **op alle activiteitensectoren**. Het kan zowel in Quebec als in het buitenland worden gebruikt.

Aangezien de vragenlijst online kan worden beantwoord, **is de tool zonder meer te gebruiken in Franstalige landen**. Bovendien zal de vragenlijst **binnenkort ook in het Engels** beschikbaar zijn.

Hoofdstuk 7. Conclusies en Aanbevelingen

In het huidige onderzoeksverslag zijn verschillende, met succes geïmplementeerde benaderingen voor de preventie van werkgerelateerde psychische gezondheidsproblemen beschreven, die verschillen in preventieniveau (primaire, secundaire of tertiaire), interventieniveau (beleid, professioneel, privé, medisch)³² en doelpopulatie (individuele werknemers, specifieke groepen werknemers, organisatie). Zoals eerder gezegd gaat het om de **presentatie van verschillende good practices** vanuit het buitenland, maar **niet om de beschrijvingen van een of ander algemeen geïntegreerd beleid**. België is op dat vlak een koploper dankzij de initiatieven van de laatste jaren.

De meerderheid³³ van de in onderhavig rapport beschreven good practices zijn van toepassing op **alle beroepscategorieën** (d.i. werknemers, ambtenaren en zelfstandigen), desnoods mits een paar aanpassingen, en kunnen worden benut in **verschillende activiteitensectoren**.

Een overzicht van de beschreven benaderingen met betrekking tot deze categorieën is opgenomen in onderstaande figuur.



Figuur 1. Overzicht van de beschreven benaderingen met betrekking tot het preventieniveau (1°primaire, 2°secundaire of 3°tertiaire), interventieniveau (beleid, professioneel, privé, medisch) en doelpopulatie (individuele werknemers, specifieke groepen werknemers, organisatie - geïllustreerd met symbolen).

Sommige van de beschreven benaderingen betreffen een geïntegreerde en toegepaste combinatie van verschillende preventieniveaus. Meer specifiek lijkt **een combinatie van primaire en secundaire preventie**, zoals geïllustreerd door de benaderingen in Quebec (JB-OOR) en Denemarken (BALANCE-project), een geschikte aanpak voor **specifieke doelgroepen** (vb. leerkrachten en docenten). Ook al kan dit worden genuanceerd, is de detectie van risicofactoren en hun aanpassing immers context

³² Voor de volledige definitie van de interventieniveaus, zie FOD Sociale Zekerheid, 'Burn-out Preventieplan', tab. 6. Definities, <https://socialezekerheid.belgium.be/nl/sociaal-beleid-mee-vorm-geven/pilootprojecten-geintegreerd-preventiebeleid-burn-out>.

³³ De Franse toolcatalogus is daarentegen gericht op werknemers en ambtenaren.

gerelateerd en verschilt ze tot op zekere hoogte naargelang sectoren en werkplekken. Dit wordt ondersteund door literatuur die aantoonst dat werkeisen en hulpbronnen, die belangrijke voorspellers zijn van welzijn op het werk, enigszins kunnen variëren naargelang van de sectoren³⁴. Daarom is een grondig onderzoek van de doelpopulatie en de context een essentiële voorwaarde voor het ontwikkelen en implementeren van een geïntegreerde aanpak. Om een dergelijke aanpak toe te passen, adviseren wij de toepassing van de "**user-centred approach**" bij het ontwerpen van de interventies. Deze benadering verwijst naar een ontwerpproces waarbij ook doelgebruikers het ontwerp van interventies kunnen beïnvloeden (1, 2). Met andere woorden, co-creatie met verschillende stakeholders vindt plaats in alle fasen van het project. Dit model wordt bijvoorbeeld toegepast op het zorgtraject 'Opnieuw aan het werk na burn-out' dat samen door het RIZIV en de KU Leuven wordt ontwikkeld.³⁵ In het kader van de preventie van werkgerelateerde psychische problemen zou de eerste fase van de interventie-ontwikkeling een kwantitatieve onderzoeksfase kunnen omvatten om risicofactoren in de doelpopulatie te beoordelen. In de volgende fase kunnen kwalitatieve benaderingen (zoals interviews en focusgroepen) worden gebruikt om preventieve interventies mede te ontwerpen. Bovendien is een kwalitatieve beoordeling van verwachtingen, behoeften en zorgen van de doelpopulatie met betrekking tot de interventie essentieel in deze fase. Zoals we uit de Deense ervaring hebben geleerd, kan de integratie van die factoren tijdens de ontwikkeling van de interventie helpen de obstakels te overwinnen die de effectiviteit van de preventieve strategieën belemmeren. Tot slot is inzicht in de bestaande hiërarchische structuur en in de samenwerking tussen verschillende actoren op managementniveau cruciaal.

De Deense aanpak "Early Intervention" is een uitstekend voorbeeld van **een integrale benadering op het niveau van secundaire en tertiaire preventie**. Wat voor dit soort interventies van groot belang lijkt te zijn, is **de betrokkenheid van werkgevers en lijnmanagers**. Raadpleging van werkgevers werd in de literatuur herhaaldelijk benadrukt als integraal onderdeel van succesvolle implementatie (3, 4) en het Deense voorbeeld bewees dat dit in de praktijk goed werkt. Bovendien is bij de in Frankrijk en Quebec geïmplementeerde benaderingen ook de rol van werkgevers en managers erkend. De rol van werkgevers en managers bij preventie kan een breed scala aan mogelijkheden omvatten: van sensibilisatie en educatie met betrekking tot het bevorderen van welzijn op de werkplek (primaire preventie) tot het verwerven van vaardigheden om problemen te herkennen en aan te pakken wanneer ze zich voordoen (secundaire preventie) en ondersteuning van werknemers bij herintegratie na herstel (tertiaire preventie). Bovendien lijkt een goede communicatie tussen de werkgever en de werknemer alsook samenwerking en betrokkenheid bij het zoeken naar professionele ondersteuning een veelbelovende aanpak. De rol van professionele hulpverleners in dit verband is met name belangrijk om de werkgever en de werknemer in staat te stellen hun professionele rol te behouden en om de vertrouwelijkheid van de bekendgemaakte informatie en kwesties te waarborgen. Een soortgelijk model als het Deense is in België geïmplementeerd, maar in het kader van de terugkeer naar het werk na kanker (meer informatie op: [kankerenwerk.be](https://www.kankerenwerk.be)). In dit project wordt professionele ondersteuning geboden aan werkgevers om hen te begeleiden bij de re-integratie van hun

³⁴ Anja Van den Broeck; Tinne Elst; Elfi Baillien; Maarten Sercu; Martijn Schouteden; Hans De Witte; Lode Godderis, "Job Demands, Job Resources, Burnout, Work Engagement, and Their Relationships: An Analysis Across Sectors", *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 59(4):369–376, APRIL 2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28157768>.

³⁵ Meer over het project op <https://www.werkenburnout.be/>.

werknemers met kanker. Dit model kan als uitgangspunt worden gebruikt om een vergelijkbare aanpak voor werkgerelateerde psychische problemen op te bouwen.

Voorop het gebied van de preventie van **burn-out** lijkt **het ontbreken van een duidelijke definitie en uniforme richtlijnen** een groot obstakel. Er zijn verschillende zelfevaluatie-tools en de keuze voor een daarvan hangt af van de voorkeur van de specifieke groepen experts, bij afwezigheid van een 'gouden standaard'. In termen van diagnose op basis van externe observatie, d.w.z. een klinisch interview, wordt in sommige benaderingen, zoals de Oostenrijkse, een interne consensus bereikt tussen een groep deskundigen. Er is echter geen sprake van enige consensus of richtlijnen van internationale experts. Dit is vooral van invloed op secundaire en tertiaire preventie, omdat het de identificatie van mensen met burn-out belemmert. In Europa zijn richtlijnen voor burn-outbeoordeling alleen vastgesteld in Zweden en Nederland (5). Daarom zou de **ontwikkeling en vaststelling van consensus van deskundigen of duidelijke diagnostische richtlijnen in België** en internationaal een belangrijke stap voorwaarts zijn. Bovendien laat het **biomarker-onderzoek** toe om over aanvullende beoordelingsinstrumenten te beschikken. In de Nederlandse en Oostenrijkse aanpak heeft de integratie van een biologische beoordeling een goed potentieel aangetoond. Ook in België is er interessant werk gedaan omtrent biomarkers van burn-out, met de nadruk op epigenetische mechanismen.³⁶ Deze lijn van burn-outbeoordeling bevindt zich echter nog in de verkennende fase en moet verder worden gevalideerd. Het biomarker-onderzoek wordt ook gehinderd door het ontbreken van diagnostische richtlijnen.

Een ander belangrijk probleem bij het voorkomen van burn-out is **de al dan niet erkenning als beroepsziekte**. In de meeste landen van de EU wordt burn-out niet erkend als een beroepsziekte. In België werd burn-out recentelijk erkend als een werkgerelateerde ziekte in het kader van het proefproject van Fedris in de financiële en ziekenhuissector, maar juridisch gezien wordt burn-out formeel (nog) niet beschouwd als een werkgerelateerde ziekte in de zin van de wet van 13 juli 2006 houdende diverse bepalingen inzake beroepsziekten en arbeidsongevallen en inzake beroepsherinschakeling. De erkenning van burn-out als werkgerelateerde ziekte is een belangrijke eerste stap omdat dit de deur kan openen naar noodzakelijke preventie- en revalidatieprogramma's.³⁷ De kwestie van de erkenning als werkgerelateerde aandoening (werk als een belangrijke factor) of beroepsziekte (werk als de oorzaak) houdt nauw verband met de financiële kwesties met betrekking tot het voorkomen van burn-out, evenals de (vorm van de) compensatievergoeding die werknemers kunnen ontvangen nadat de diagnose burn-out is gesteld. Sommige EU-landen bieden (soms) compensatie nadat de causaliteit van beroepsmatige oorsprong is erkend (bijvoorbeeld Denemarken, Frankrijk, enz.). Dit is echter niet altijd eenvoudig, vanwege de multifactoriële oorsprong van burn-out (6). In de Oostenrijkse aanpak die in dit rapport wordt beschreven, dekken verzekeringsmaatschappijen behandelingskosten in het geval dat een diagnose door een arts wordt bevestigd, hoewel burn-out niet op de officiële lijst van beroepsziekten staat. De belanghebbenden uit Frankrijk die in onze studie zijn geïnterviewd, wezen op de inspanningen die in Frankrijk zijn gedaan om burn-out op de lijst van de vergoede beroepsziekten te plaatsen als een van de belangrijkste factoren om de implementatie van geïntegreerde preventiemethodes aan te moedigen. Bovendien wezen zij op **het bestaande beleid als de belangrijkste bevorderingsfactoren** bij de implementatie van

³⁶ Bakusic J, Schaufeli W, Claes S, Godderis L. Stress, burnout and depression: A systematic review on DNA methylation mechanisms. J Psychosom Res. 2017 Jan; 92:34-44.

³⁷ Voor meer info, zie <https://kuleuvenblogt.be/2016/12/20/we-moeten-burn-out-erkennen-als-werkgerelateerde-aandoening/>.

de aanpak. Dit beleid verplicht werkgevers tot preventie van psychisch welzijn van hun werknemers. Evenzo speelde in de Oostenrijkse benadering het bestaande beleid de hoofdrol bij het betrekken van verzekeringsmaatschappijen bij het financieel ondersteunen van het burn-out-preventieproject. Daarom wordt aanbevolen **een beleid te voeren om de preventie van werkgerelateerde psychische gezondheidsproblemen in België te stimuleren.**

Ten slotte lijken **bewustmaking en educatie** onvoldoende te zijn, ondanks de constante nadruk op hun belang. Dit kan worden verbeterd door het vraagstuk van psychosociale risico's op te nemen in de **opleiding van gezondheidsprofessionelen**, alsook door campagnes te voeren die zijn gericht op het grote publiek en verschillende groepen belanghebbenden. Bovendien is educatie en sensibilisatie van de doelpopulatie waarvoor preventieve interventies zijn ontworpen, van even groot belang en lijken ze een essentiële voorwaarde te zijn voor een succesvolle implementatie. **Samenwerking tussen verschillende groepen belanghebbenden** is ook aangeraden. Preventieve interventies en richtlijnen voor de uitvoering ervan komen vaak afzonderlijk naar voren, en vanuit verschillende expertisegebieden, waaronder geneeskunde, psychologie, volksgezondheid, management en gezondheid en veiligheid op het werk. Bijgevolg slagen veel bestaande interventies er niet in om een holistische en geïntegreerde benadering van de psychische gezondheid op de werkplek toe te passen, omdat ze zich vaak slechts op één interventiegebied concentreren.³⁸ De in dit rapport beschreven benaderingen illustreren hoe belanghebbenden uit deze gebieden kunnen samenwerken om geïntegreerde interventies te ontwerpen met de meest positieve uitkomst en kunnen daarom dienen als voorbeelden van goede praktijken om te inspireren en ervan te leren.

³⁸ LaMontagne AD, Martin A, Page KM, Reavley NJ, Noblet AJ, Milner A.J., et al. Workplace mental health: Developing an integrated intervention approach. BMC Psychiatry 2014; 14: 131.

Bibliografie

- Abras CM-K, D. Preece, J. Encyclopedia of Human-Computer Interaction: Thousand Oaks: Sage Publications; 2004.
- Andersen MF, Buchardt HL, Friberg MK, Aust B. Ledernes udfordringer og muligheder i håndteringen af medarbejdere med psykisk relaterede trivsels- og fraværproblemer - NFA, 2016.
- Aust B., Kristiansen J, Jørgensen A, Christensen AB. Process and effect evaluation of a combined individual and organizational level intervention to improve psychological well-being in public school teachers. Wellbeing at work conference 2016, Amsterdam, The Netherlands.
- Bakusic J, Schaufeli W, Claes S, Godderis L. Stress, burnout and depression: A systematic review on DNA methylation mechanisms. J Psychosom Res. 2017 Jan; 92:34-44.
- Bernstrom VH, Kjekshus LE. Leading during change: the effects of leader behavior on sickness absence in a Norwegian health trust. BMC Public Health 2012; 12: 799.
- Flohimont V, "Apprehension about Psychosocial Risks and Disorders in Social Security: a Comparison Between the Approaches in Belgian and French Law", in Lerouge, L. (ed.), Psychosocial Risks in Labor and Social Security Law, Engeland, Springer, 2017, 305-315.
- Forlizzi JB, K., editor Understanding experience in interactive system. The 5th conference on Designing interactive systems: processes, practices, methods, and techniques; 2004: ACM.
- Gijssels M, Boel A. (2018) Construct validity of the barabaz-scan to screen biometrics in employees. J Clin Res Med Volume 1(4): 1–3.
- Gollac M et al., « Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser », Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé, France, 2011, 223 p.
- Haahr R, 2006 "Reflectance Pulse Oximetry Sensor for the Electronic Patch," Technical University of Denmark.
- LaMontagne AD, Martin A, Page KM et al. Workplace mental health: developing an integrated intervention approach. BMC Psychiatry 2014; 14:131
- LaMontagne AD, Martin A, Page KM, Reavley NJ, Noblet AJ, Milner A.J., et al. Workplace mental health: Developing an integrated intervention approach. BMC Psychiatry 2014; 14: 131.
- Lastovkova A, Carder M, Rasmussen HM, Sjöberg L, de Groene GJ, Sauni R, et al. Burnout syndrome as an occupational disease in the European Union: an exploratory study. Industrial Health 2018; 56(2): 160–165.
- Lederne. Stress. København: Lederne; 2015.
- Lerouge L., "La reconnaissance des pathologies psychiques en maladie professionnelle. Contribution au débat juridique à partir de l'approche française du 'burn-out' et autres réflexions" in UGT, Anuario Internacional sobre prevención de Riesgos psicosociales y calidad de vida en el trabajo, "El tratamiento de las patologías psicosociales como contingencia profesional en los sistemas de Seguridad Social", 2017/2018, p. 117-133
- Medvedev S, Belozarov A, Kluchnikov S. (2017) R&D - Clinical Evaluation Report Multiscan PRO, Model BC-OBP.
- Pilger A, Haslacher H, Ponocny-Seliger E, Perkmann T, & Winker R. (2014). Affective and inflammatory responses among orchestra musicians in performance situation. Brain, Behavior, and Immunity, 37, 23-29.

- Pilger A, Haslacher H, Meyer BM, Lackner A, Nassan-Agha S, Nistler S, Stangelmaier C, Endler G, Mikulits A, Priemer I, Ratzinger F, Ponocny-Seliger E, Wohlschlaeger-Krenn E, Teufelhart M, Täuber H, Scherzer TM, Perkmann T, Jordakieva G, Pezawa, L, & Winker R. (2018). Midday and nadir salivary cortisol appear superior to cortisol awakening response in burnout assessment and monitoring. *Scientific Reports*, 9151.
- Ponocny-Seliger E, Winker R. 12-Phasen-Burnout-Screening. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed*. 2014; 49: 927–935.
- Qaseem A, Forland F, Macbeth F, Ollenschläger G, Phillips S, van der Wees P, 2012. Guidelines international network: toward international standards for clinical practice guidelines. *Ann. Intern. Med.* 156, 525–531.
- Schaufeli, Wilmar B., Leiter, Michael P. and Maslach, Christina 2009, Burnout: 35 years of research and practice, *Career development international*, vol. 14, no. 3, pp. 204-220, doi: 10.1108/13620430910966406.
- Schaufeli, W.B., De Witte, H., and Desart, S. 2019. Handleiding Burn-out Assessment Tool (BAT). KU Leuven, België: Intern rapport.
- Shaffer F, McCraty R, Zerr CL. (2014) A healthy heart is not a metronome: an integrative review of the heart's anatomy and heart rate variability. *Front Psychol.* 5(September): 1–19. doi: 10.3389/fpsyg.2014.01040.
- Truchon M, Santé, bien-être et performance organisationnelle chez des employé-e-s d'un établissement d'enseignement supérieur québécois. Proposition d'un nouveau modèle explicatif: Job-Demandes ET Ressources Organisationnelles et Occupationnelles JD-OOR. Rapport de recherche présenté par Manon Truchon, Ph.D., Professeure titulaire École de psychologie, avec la collaboration de Lyse Langlois, Ph.D., Professeure titulaire Institut d'éthique appliquée (IDÉA) ; UNIVERSITÉ LAVAL ; octobre 2019, https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/37235/1/Truchon_Manon_13-11-19.pdf.
- Van den Broeck A, Elst T, Baillien E, Sercu M, Schouteden M, De Witte H, Godderis L, "Job Demands, Job Resources, Burnout, Work Engagement, and Their Relationships: An Analysis Across Sectors", *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 59(4):369–376, APRIL 2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28157768>.

Institutionele websites

- ANACT, Prévenir les risques psychosociaux, <https://www.anact.fr/prevenir-les-risques-psychosociaux-la-methode-anact>.
- *EU Compass for action on mental health and well-being 2017 "Mental health in the workplace in Europe"*.
- Europese kaderovereenkomst over stress op het werk, 8 oktober 2004, https://www.etuc.org/sites/default/files/ETUC_stress_agreement_NL-2_1.pdf.
- FOD Sociale Zekerheid, 'Burn-out Preventieplan', tab. 6. Definities, <https://socialesecurity.belgium.be/nl/sociaal-beleid-mee-vorm-geven/pilootprojecten-geintegreerd-preventiebeleid-burn-out>.
- INRS, RPS : faire le point. Une aide pour évaluer les risques psychosociaux dans les petites entreprises, <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=outil37>.
- INRS, Risques psychosociaux. Ce qu'il faut retenir, <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>.

- Ministère (français) du travail, Risques psychosociaux, <https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques-pour-la-sante-au-travail/article/les-rps-c-est-quoi>.

Bijlage 1 – Figuur 1. Overzicht van de beschreven benaderingen met betrekking tot het preventieniveau (1°primair, 2°secundair of 3°tertiair), interventieniveau (beleid, professioneel, privé, medisch) en doelpopulatie (individuele werknemers, specifieke groepen werknemers, organisatie - geïllustreerd met symbolen).



Bijlage 2 - Tabel 1. Overzicht van contactpersonen

Land	Frankrijk	Nederland	Oostenrijk	Denemarken	Quebec
Contactpersoon 1	Loïc Lerouge Onderzoeksdirecteur CNRS Universiteit van Bordeaux (COMPTRASEC: Centre de droit comparé du travail et de la sécurité sociale / Centre for Comparative Labour and Social Security Law)	Greg Kalfus BARABAZ	Robert Winker Stresskliniek in het gezondheids- en preventiecentrum van de KFA (Health Insurance Agency)	Birgit Aust Senior onderzoeker bij the National Research Centre for the Working Environment (Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, NFA)	Manon Truchon, Ph.D. Professor titularis aan de Universiteit Laval te Quebec (École de psychologie) Researcher bij het CIRRS (Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale)
Contactpersoon 2	Isabelle Rogez Missieverantwoordelijke (chargée de mission) bij ARACT Nord Hauts-de-France -Consulting en opleiding aan vennootschappen: organisatie, management, QVT, nieuwe organisatievormen, bemiddeling op het vlak van sociale relaties, pedagogische aspecten (pedagogische spellen, animaties omtrent QVT, PSR, management) -Animaties van netwerken (consultants), -Uitvoeren van studies, enquêtes en opmaak van syntheses en artikelen omtrent research-actie.	Wilma Wouters BARABAZ	Alexander Pilger Afdeling medisch-chemische laboratoriumdiagnostiek (KILM) van MedUni Wenen	Reiner Rugulies Professor aan de Afdeling psychologie, Universiteit van Kopenhagen the National Research Centre for the Working Environment (Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, NFA)	Lyne Bouchard Vice-rector HR aan de Universiteit Laval te Quebec Professor Directeur van het documentatiecentrum 'Observatoire de gouvernance des technologies de l'information'

Contactpersoon 3	Ornella Lepoutre -Nu Manager bij Carsat Nord-Picardie -Voordien verantwoordelijke van het preventiecentrum voor organisatorische risico's gedurende meer dan 8 jaar Ergonoom	n/a	Helmuth Haslacher Afdeling medisch-chemische laboratoriumdiagnostiek (KILM) van MedUni Wenen	n/a	n/a
Contactpersoon 4	Magali Roger Arbeidspsychologe bij CARSAT Nord Picardie Meer dan 12 jaar ervaring in MSA ³⁹ en PSR's	n/a	n/a	n/a	n/a

³⁹ MSA : musculoskeletale aandoeningen.

Bijlage 3 - Tabel 2. Vergelijkingstabel

Land	Frankrijk	Nederland	Oostenrijk	Denemarken		Quebec (Canada)
Naam systeem/organisatie	Tool C2R (contraintes, ressources, régulations) – ANACT	BARABAZ	Biologische monitoring & psychologische screening – Centrum voor Gezondheid en Preventie van de Universiteit Geneeskunde Wenen, Eenheid Arbo.	Balance – National Research Centre for the Working environment	Early Intervention – National Research Centre for the Working Environment (gemeente Kopenhagen)	Instrument JD-OOR (Job Demandes et Organisationnelles et Occupationnelles Ressources) – Universiteit van Laval (Quebec)
Binddatum	2009 (naar aanleiding van de zaak France Télécom)	Januari 2018 (validering over 2 jaar)	2009 (biologische monitoring) 2014 (implementering van een tool voor psychologische screening)	2013		2018
Preventieniveau	Primair	Primair (screening op een verhoogd risico op stress en burn-out)	Secundair (vroegtijdige opsporing van werkgerelateerde psychische problemen en burn-out)	Primair en secundair	Secundair en tertiair	Primair en secundair
Focusniveau	Individueel Collectief (een of meerdere teams) Organisatie in haar geheel	Individueel (op collectief niveau mogelijk)	Individueel (integratie in de klassieke geneeskundige screening van alle loontrekkenden die gedekt zijn door een verzekering), eventueel collectief	Individueel Collectief (een of meerdere teams) Organisatie in haar geheel	Individueel Collectief (een of meerdere teams) Organisatie in haar geheel (waarbij de focus wordt gelegd op de werkgevers)	Individueel Collectief (een of meerdere teams) Organisatie in haar geheel

<p>Bijzonderheid van de tool</p>	<p>Meerdere kwalitatieve tools, gidsen en publicaties</p>	<p>Evaluatie van de lichamelijke vitaliteit door middel van een biomedisch meetapparaat, feedback</p>	<p>-Screening in 3 fasen: tool voor psychologische screening (vragenlijst), klinisch interview en biologische monitoring (cortisol) -Steun van de verzekeraars</p>	<p>-Promotie van het psychisch welzijn en preventie van psychische gezondheidsproblemen bij leerkrachten van openbare scholen -Integratie van de individuele en organisationele tussenkomsten -Organisationele tussenkomsten gericht op het "trio": directieteam van de school, afgevaardigde gezondheid en vakbond</p>	<p>-Openbare consultatiecentra die de werkgevers en de hiërarchische verantwoordelijken helpen om psychische gezondheidsproblemen bij hun werknemers op te lossen -Beschikbaar voor alle werkgevers en werknemers van de openbare sector</p>	<p>- Vragenlijst -Analyse op basis van de vergelijking van sectoren die getest zijn of getest zullen worden, om er de variabelen uit te halen die de oorzaken het best verklaren, en die het mogelijk maken een verband te leggen tussen de verschillende variabelen. Op die manier is een identificatie mogelijk van positieve aanwijzingen van welzijn op het werk en van signalen van stress en werkintensiteit. De gunstige en de ongunstige factoren kunnen aldus belicht worden. -De resultaten maken preventie mogelijk op basis van de gegevens die een situatie weerspiegelen, aangezien het systeem een identificatie mogelijk maakt van de elementen waarop gewerkt moet worden. Het belang ligt dus in het begrip van de manier waarop verschillende factoren (variabelen) op elkaar aansluiten/inspelen en in de mogelijkheid om specifieke actieplannen op te stellen voor elke omgeving. -Kwantitatieve en kwalitatieve benadering.</p>
---	---	---	--	---	--	--

Tussenkommende partijen	<i>Ministère du Travail</i> met arbeidsgeneesheren, diensten voor gezondheid op het werk en hun multidisciplinaire teams <i>Carsat</i> (verzekeraar beroepsziekten en arbeidsongevallen) <i>MSA</i> (preventiedienst voor de landbouw) <i>ANACT</i> (<i>Agence nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail</i>) <i>ARACT</i> (idem maar regionaal)	De leden van Barabaz: een team van deskundigen, een adviescomité waaronder een arts en coaches	Arbeidsgeneesheren, huisartsen, psychologen, onderzoekers, verzekeraars	Een team van deskundigen Advies door een psycholoog	Een team van deskundigen Advies door een psycholoog	Alle personeelsleden van de universiteit, alle niveaus door elkaar
Verzameling van de gegevens	-Via arbeidsinspecteurs -Via arbeidsgeneesheren -Via beambten van Carsat -Door bewustmaking van de werkgever -Door individuele klachten van werknemers of van hun afgevaardigden	Op verzoek Individueel of op bedrijfsniveau	Geïntegreerd in de klassieke medische screening van de werknemers (op vrijwillige basis)	Vragenbundel voor de evaluatie van het psychisch welzijn	Via een gesprek met en een consultatie bij een ervaren psycholoog	-Online vragenlijst -Vragenlijst met hiërarchische structuur: onder de vorm van items, gegroepeerd als variabelen en vervolgens als factoren.

Kwaliteit van de gegevens	<p>-Maakt het mogelijk om van feitelijke situaties te vertrekken: vermijdt algemeenheden of intentieprocessen, minder in ontkenning wegens feitelijke aanpak, verificatie mogelijk</p> <p>-Tool die zeer gunstig is voor de dialoog omdat hij concrete gesprekken over werk en de moeilijkheden die men in zijn werk ondervindt mogelijk maakt, zonder dat men het over PSR's heeft.</p>	<p>-Gegevens worden zo objectief mogelijk gemeten</p> <p>-Validatie over 2 jaar door een extern onderzoeksbureau</p>	<p>-Combinatie van zelf aangeleverde gegevens, waarnemingen en biomonitoring</p> <p>-Gebruik van een gestandaardiseerde tool (<i>Health Screening Instrument</i>)</p> <p>-De gegevens over de werkgerelateerde determinanten zijn voor verbetering vatbaar</p>	<p>-Alle gebruikte vragenlijsten zijn gevalideerd</p> <p>-Cocreatie is een belangrijk element in de tussenkomst: de werknemers beslissen samen met de adviseur wat de meest gepaste organisationele tussenkomst is</p>	<p>-Werkgever en werknemers moeten samenwerken om het eerste contact met een adviseur vast te leggen</p> <p>-Vanaf dan beslissen werknemer en adviseur welke informatie ze met de werkgever zullen delen (wat een zekere discretie biedt)</p>	<p>-Tool opgesteld op basis van meerdere documenten en gevalideerd bij verschillende groepen</p> <p>-Belangrijke steekproef: +/- 3000 personen</p> <p>-Psychometrische eigenschappen van de indicatoren: 162 vragen voor 28 variabelen gegroepeerd onder 5 categorieën</p> <p>-Model maakt prognoses mogelijk tot 70-80% met een vertrouwelijkheidsinterval van 5%</p>
Reporting	<p>-Analyse op basis van een concrete situatie (o.a. significantie factoren i.v.m. het werk, waarom, hoe, hoe vaak, risico, ernst)</p> <p>-Op basis van de ingezamelde gegevens wordt het mogelijk werk, gezondheid en kwaliteit van de dienstverlening bij elkaar te laten aansluiten.</p>	<p>-Weergave van de lichamelijke vitaliteit van elke werknemer die gescreend werd op basis van een algoritme</p> <p>-Individuele weergave</p> <p>-Collectieve weergave mogelijk in sommige gevallen</p>	<p>Integratie van de door een team van deskundigen verzamelde informatie</p> <p>-Wekelijkse vergadering van deskundigen om individuele gevallen te bespreken</p> <p>-Individuele overdracht van de resultaten en aanbevelingen aan de betrokkenen</p>	<p>-Statistische analyse om de doeltreffendheid van de tussenkomst te evalueren</p> <p>-Kwalitatieve analyse om het proces te evalueren en na te gaan hoe de deelnemers het ervaren hebben</p>	<p>De kwalitatieve evaluatie van het programma gebeurde d.m.v. gesprekken met deelnemende werkgevers</p>	<p>-De verantwoordelijke van het project beschikt over een onderzoekslaboratorium op de universiteit. Dat maakt een kwaliteitsvolle analyse van de resultaten mogelijk (wetenschappelijke aanvoer en bijdrage tot de vorderingen in het onderzoek)</p> <p>-Heel gedecentraliseerde werkomgeving (universiteit), dus geen centrale instantie om de vereiste veranderingen door te voeren</p> <p>-De intervenanten mogen het eindresultaat niet forceren, maar alleen begeleiden</p>

						-Om problemen i.v.m. deze decentralisatie van de acties te vermijden, gaat HR actieplannen voorstellen om het ownership van de resultaten door de belanghebbenden te faciliteren
Opvolging van de resultaten -individueel -collectief -organisatie	-Op het niveau van de organisatie: zowel de stress- als de hulpmiddelenfactoren worden in aanmerking genomen - De tool maakt het mogelijk een diagnose te stellen en oplossingen te bedenken -De tool bevordert de sociale dialoog binnen de organisatie/het team	-Individueel advies of feedback op niveau van het bedrijf -Opvolgvergadering na 90 dagen	Individuele feedback over de screening en opvolging door een huisarts, inclusief een mogelijke verwijzing naar een psycholoog/psychiater	-Individuele tussenkomst onder de vorm van advies voor leerkrachten met een hoog risico op psychische gezondheidsproblemen -Organisationele veranderingen die de leerkracht samen met de adviseur bedenkt (cocreatie) -Cursus van drie dagen voor 'het trio' over het psychisch welzijn op de werkvloer	-Individuele feedback aan de werknemer tijdens het adviesproces -Feedback aan de werkgever door de adviseur en altijd na toestemming van de werknemer (deze feedback betreft adviezen over de manier waarop de werknemer geholpen kan worden, zowel individueel als op het niveau van de organisatie)	-Op het niveau van de eenheden of functiecategorieën (die zich opmerkelijk onderscheiden voor een of meerdere factoren) - Op het niveau van de organisatie -Longitudinale opvolging na 24 maanden (doel: impact van de genomen maatregelen te meten)

Verspreiding	<p>-Om de 4 jaar, nationaal/regionaal plan werk-gezondheid : dit plan bevat de prioriteiten van het <i>Ministère du travail</i> die zelf nog eens opgesplitst zijn in prioriteiten, waaronder de <i>PSR's</i></p> <p>-Op lokaal niveau veranderen deze doelen door op interinstitutioneel niveau op de <i>PSR's</i> te werken, d.w.z. via werkgroepen samengesteld uit:</p> <p>1)<i>Ministère du travail</i> met de arbeidsinspecteurs</p> <p>2)de diensten voor gezondheid op het werk</p> <p>3)<i>DIRECTTE (regionale directie van ondernemingen, mededinging, consumenten, arbeid en tewerkstelling)</i></p> <p>4)<i>Carsat</i> (verzekeraar van arbeidsongevallen en beroepsziekten) die als preventiedienst advies verleent aan en instaat voor controle in</p>	<p>-Artikel gepubliceerd in 2018</p> <p>-Werknemers worden geïnformeerd over het bestaan van het programma d.m.v. de sociale netwerken en events georganiseerd door de projectpromotoren</p>	<p>-Publicatie van verschillende wetenschappelijke artikels</p> <p>-Verspreiding via de media (tv, kranten)</p>	<p>-Verslag gepubliceerd (in het Deens)</p> <p>-Resultaten voorgesteld op internationale conferenties</p> <p>-Manuscript voor een wetenschappelijk tijdschrift wordt voorbereid</p>	<p>-Verslag gepubliceerd (in het Deens)</p> <p>-Resultaten voorgesteld op internationale conferenties</p>	<p>-Verslag over de case 'Université de Laval' online beschikbaar</p> <p>-Wetenschappelijke publicatie verschijnt binnenkort</p> <p>-2 wetenschappelijke bijdragen in voorbereiding</p> <p>-Presentatie van de tool in 2019 in Genève naar aanleiding van de IAO-conferentie</p> <p>-Presentatie van de tool in maart 2020 in Tunesië (Franstalig congres over musculoskeletale aandoeningen)</p>
--------------	--	--	---	---	---	---

	<p>ondernemingen 5)MSA: preventiediensten voor de landbouw (groepeert verzekeraar en arbeidsgeneeskunde voor de landbouw) -Deze groep tracht al wat er ter zake bestaat zichtbaar te maken, zodat de bedrijven vooruitgang kunnen boeken i.v.m. de PSR- preventie -Beoogde samenwerking tussen de actoren met de bedoeling verschillen weg te werken en een grotere efficiëntie te bekomen inzake PSR's -Gericht op primaire preventie</p>					
--	--	--	--	--	--	--

Facilitatoren	<i>Code du travail</i> : verplichte invoering van een uniek document, schriftelijke traceerbaarheid van de risico-evaluatie (waaronder de PSR's) en de daarvoor gebruikte methode, traceerbaarheid van het actieplan dat eruit voortvloeit	-Sociaal-economische impact van burn-out -Bewustwording -Objectiviteit van de risico-evaluatiemethode	Gesteund door de Universiteit van Wenen en financiële steun van de verzekeraars, politieke context (bewustwording)	-De bestaande organisationele context, in het bijzonder de samenwerking tussen de actoren die "het trio" vormen -Bewustwording van het psychisch welzijn -Motivatie van de deelnemers	-Focussen op de werkgevers en de hiërarchisch verantwoordelijken en hun de nodige vaardigheden aanreiken -Dagelijks contact en goede communicatie tussen werkgever en werknemer -Duidelijke herverdeling van de rollen tussen werkgever en adviseur en preventie van rollenconflicten (de werknemers mogen de werkgever niet rechtstreeks inlichten)	-Ondersteunend directieteam: is bereid het risico te nemen op catastrofale resultaten -HR-team dat bekwaam is om de mensen na afloop van het onderzoek te begeleiden -Beslissingsmakers die erin geloven en ervan overtuigd zijn dat er iets moet gebeuren -Het feit dat men eerder spreekt van bescherming dan van risico: de positieve kant wordt benadrukt, nadruk ligt op wat er goed gaat en dat het gaat om uitdagingen, eerder dan op wat er slecht gaat en op de stressfactoren in de organisatie in kwestie. Deze benadering maakt het makkelijker om de werkgever tot daden aan te zetten. -Het theoretische en wetenschappelijke model gaan aan de tool vooraf (geloofwaardigheid) -De beheerder die oprecht antwoorden wil vinden
Hinderpalen	-Burn-out wordt niet erkend als beroepsziekte -Het is moeilijk om de <i>code du travail</i> te doen naleven wat de PSR's betreft, omdat deze minder makkelijk te controleren zijn dan de andere risico's, gezien hun structurele en	-Kosten en financiering -Garantie op correcte verwerking van de gegevens	-Kosten en financiering -Onnauwkeurige definitie en bilan van de burn-out (nood aan eenduidige klinische richtlijnen)	-Geen bestaande samenwerking tussen 'het trio' -Het professioneel klimaat wat de mogelijkheid voor de leerkrachten betreft om de directie te benaderen en een probleem kenbaar te maken -Onvoldoende kennis	Gebrek aan sensibilisering voor de psychische gezondheidsproblemen gerelateerd aan het werk en de afwezigheid van een 'communicatie- en deeltcultuur' op de werkvloer (de werkgevers en werknemers in een	-De mededeling van de resultaten, die een goede aanpak vereist, is niet zonder risico -Betrouwbaarheid van de resultaten aan te tonen, goed samenwerken en dialogeren met de vakbonden -Wettelijk kader: hinderpaal voor de primaire preventie, dus hinderpaal voor de financiering van het onderzoek in dit domein

	<p>multifactoriële aard</p> <p>-Risico op achterdocht ten opzichte van de PSR's en de moeilijke meetbaarheid ervan</p> <p>-Ongunstige evolutie van het regelgevende kader inzake collectieve onderhandelingen</p> <p>-Er wordt overwogen om de opspoorbaarheid van de evaluatie en het actieplan af te schaffen voor het enig document (<i>document unique</i>)</p> <p>-Fusie/samensmelting van het CE (ondernemingsraad) en het <i>CHSTT (Comité voor de preventie en veiligheid op het werk)</i> in een nieuwe instantie, het CSE (socio-economisch comité) met als verwacht gevolg minder middelen en minder tijd voor preventie en het managen van de PSR's</p>			<p>van de bestaande context waarin de tussenkomsten zullen plaatsvinden</p>	<p>dergelijke omgeving zijn wellicht niet gemotiveerd om contact op te nemen met de adviescentra)</p>	<p>-Gedecentraliseerde organisatie, dus afwezigheid van een centrale instantie om de vereiste wijzigingen door te voeren</p>
--	---	--	--	---	---	--

<p>Inzetbaarheid in andere landen mogelijk?</p>	<p>Tool makkelijk inzetbaar in andere landen zoals België. Belangstelling voor een samenwerking rond de inzetbaarheid in België</p>	<p>-Mogelijkheid om het biomedisch apparaat te installeren; vraagt dat de werkgever zich bewust is van psychische gezondheidsproblemen op de werkvloer -Basisvereiste: financiële steun voor de installatie van het biomedisch apparaat</p>	<p>Mogelijk door een aanpassing van de screeningstool en de biologische monitoring die geïmplementeerd kan worden in de bestaande procedure voor gezondheidscontrole -Voorwaarden: 1)samenwerking tussen de tussenkomende partijen 2)financiële steun van de verzekeraars</p>	<p>Mogelijk, maar noodzaakt een voorzichtige evaluatie van het klimaat in de scholen waar de tool geïmplementeerd zou kunnen worden</p>	<p>-Mogelijk, maar de steun van de overheid is vereist -Een financiële steun met overheidsgelden (belastingen) zou wenselijk zijn, zoals dat het geval is in Denemarken</p>	<p>-Tool als zodanig bruikbaar in Franssprekende landen -Tool binnenkort ook in het Engels beschikbaar -Er zal een vergoeding moeten worden betaald, maar de prijs staat nog niet vast</p>
--	---	---	---	---	---	--